



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN
DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES
CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 O HIPERTENSIÓN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ
LETICIA GUADALUPE GÓMEZ MONTOYA
TERESA MIRIAM LÓPEZ GRANILLO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

REVISOR: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MEXICO D.F.

ENERO 2004



**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que más se esforzaron, sin ellas no hubiéramos culminado este importante logro. Gracias por su dedicación, compromiso, responsabilidad, paciencia, tenacidad, disposición, perseverancia, respeto, admiración, inteligencia, apoyo, tiempo, amistad, optimismo y entusiasmo, dedicado a:

PATRICIA, GUADALUPE Y MIRIAM

A la Dra. Dolores Mercado, por guiarnos a través de sus conocimientos y experiencia, gracias por las palabras de aliento, su dedicación, tiempo, buen humor que nos levantaba cuando más lo necesitamos, y más que nada por su amor a la profesión que nos motivó a elaborar un buen trabajo.

Al Mtro. Fernando Vázquez, por su interés en transmitimos sus conocimientos y sus reflexiones siempre interesantes.

Al Dr. Samuel Jurado, Mtro. Isaac Seligson, Lic. Leticia Echeverría por apoyarnos en dar los últimos pasos.

A la Lic. Lourdes Monroy por su ayuda, apoyo, comprensión y consejos que nos hicieron más leve este largo trayecto.

A las adultas mayores que hicieron posible este proyecto, nos hicieron conocer la enfermedad a través de sus experiencias y algo más importante, nos brindaron su cariño. Gracias especialmente a la Sra. Carmen Monroy por creer en nosotras y brindarnos su apoyo.

Al que nos dio un lugar para abrir nuestras alas y preparamos para iniciar el vuelo en busca de nuestros sueños, gracias Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

A la Psic. Rebeca Sánchez, por ser nuestra *maestra*, psicóloga de cabecera, amiga; gracias por compartir tus conocimientos y experiencias, lo cual nos ha permitido descubrir la belleza de la psicología clínica.

A Claudia por su tiempo, comprensión, supervisión, amistad y apoyo tanto en la aplicación del Programa como en el desarrollo de la Tesis.

A Janneth por creer en nosotras y habernos dado la oportunidad de desarrollar este proyecto; por ser una amiga.

A nuestro ejemplo a seguir en el ámbito profesional, al cuasi-Dr. Raúl Álcazar por sus comentarios siempre bien atinados y por compartir su inteligencia con nosotras.

A todo el equipo de Medicina Conductual: Laura, Raquel, Osvaldo, Shirley, Salvador, Cristhian, Gustavo, Betsa, Edith, Naara, Gaby, Ricardo, Sol, Andrés, Jonathan, Belén, Ivette y "Jennie" por crecer junto con nosotras, compartir experiencias y apoyarnos en este largo trayecto.

A nuestro querido Profe: Choven alias Marcos, por vernos crecer y saltar ante cualquier adversidad para apoyarnos, pero sobre todo gracias por ser nuestro amigo.

A la Lic. Cristy Conde por sus sabias palabras e impulsarnos a ser mejores profesionistas.

A todas las PAEA'S, principalmente a Luisa, Marilucy, Isela y Karina con quienes descubrimos la verdadera amistad, gracias por reír y llorar con nosotras; saben perfectamente el trabajo que cuesta llegar hasta este punto y lo valioso de su apoyo en este proceso.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser nuestra segunda casa y brindarnos herramientas para afrontar la vida que nos permiten crecer como personas y profesionistas.

La diferencia entre lo ordinario y lo extraordinario es un pequeño esfuerzo.

Hay hombres que luchan un día y son buenos.
Hay otros que luchan un año y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años y son muy importantes.
Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles.

Bertolt Brecht

Nancy Patricia Caballero Suárez

Mamá, Papá: por fin termine...

Gracias por su amor, el apoyo incondicional, la paciencia y todas sus enseñanzas, sin eso hubiera sido muy difícil llegar a esta meta. Los amo.

A Juancho... "por llevarme al metro", no es cierto; quiero agradecer tu cariño, tu compañía, tus bromas y todos los momentos divertidos que hemos compartido; me ayudaron mucho a ser más positiva. Aunque no lo digo muy seguido: te amo.

A Mamá María, por su amor, apoyo y estar siempre pendiente de mi vida.

A Pato, Nacho y Alfredo por todo el apoyo moral, económico, físico, por brindarme su cariño incondicional, por estar siempre pendiente de lo que me pasa. Son parte importante de este logro, así que me gustaría que lo disfruten como si fuera suyo.

A una persona muy especial en mi vida: Miguel Ángel, gracias por comprenderme mejor que alguien, por tu apoyo, ánimos, por estar siempre junto a mí, no soltarme de la mano y sobre todo no dejarme caer. Gracias, además, por compartir y enseñarme *cosas nuevas*, *resumiendo*: te amo.

A mis amigos de la Prepa: Blanca, Nayhe, Chassin, Brenda, Rodrigo y Pollo, por crecer junto conmigo y estar siempre que los necesito.

Quiero dedicar mi trabajo muy especialmente a:

Juancho, Inci, Chiquis, Karen y Alfredito: espero mi trabajo les sirva de ejemplo y los motive; del esfuerzo y la dedicación siempre se obtienen frutos. Luchen para lograr lo que deseen y no se den por vencidos, siempre voy a estar para apoyarlos.

Mariana, mi mejor ejemplo de valentía... donde quiera que estés quiero compartir mi logro contigo, te extraño.

A todas las personas que en algún momento me preguntaron ¿cómo vas?, ¿ya vas a terminar? y me motivaron para seguir.

Gracias a esa persona que confío en que existe y me puso aquí: Dios.

Los quiere.... Nancy

El éxito consiste en obtener lo que se desea.

La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene.

Ralph Waldo Emerson

Leticia Guadalupe Gómez Montoya

Para alcanzar esta meta tuve la bendición de contar siempre con el amor, comprensión, paciencia, confianza y apoyo de dos maravillosas personas: mis padres a quienes les agradezco más que la vida, la libertad de elegir quien quiero ser y hacer. Me siento muy orgullosa de tenerlos como papás, los amo.

- ☞ Papá te agradezco el enseñarme que por más que tropiece puedo levantarme y volver andar, ahora sé que con esfuerzo, carácter y constancia puedo alcanzar mis sueños.
- ☞ Mamá de ti aprendí que con dedicación, entrega, y sobre todo, entusiasmo y buen ánimo puedo lograr mis metas además me permiten ser buena persona.

Quiero hacer un reconocimiento muy especial a mis hermanos Mony y Kike por su cariño, compañía, por alegrarme la vida y que siempre estén al pendiente de lo que me pasa, los adoro.

Gracias a cada uno de los integrantes de mi familia, por su cariño y apoyo, pero en especial a mis abuelitos Brígida, Luisa y Lucio, por sus consejos, vivencias, motivarme y alentarme. A mis tíos Martha, Rosa, Víctor y Sony, por su cariño, ánimo, ayuda, por escucharme y su contribución para que este trabajo saliera adelante.

Al tener la oportunidad y orgullo de estudiar en la UNAM, he tenido la dicha de vivir experiencias extraordinarias y de conocer a muchas personas muy queridas, entre ellas, cada uno de mis profesores de licenciatura quienes con pasión me brindaron sus conocimientos y experiencias. De manera especial agradezco a una gran psicóloga Rebeca Sánchez quien me ha brindado sus experiencias y conocimientos, le debo en gran parte estos momentos. Gracias Rebe por la oportunidad de aprender contigo y de ti, por tu amistad.

Afortunadamente también conté con la amistad de personas muy especiales, que me brindaron su cariño, sinceridad, apoyo, interés, compañía, tiempo, ideas y momentos geniales. A Paty, Laura, Luisa, Alberto, Chassin, Brito, Bazán, Mau, Ingrid, Luiyi, gracias por vivir y estar conmigo.

En este trayecto tuve la fortuna de encontrar a una familia maravillosa, quien no solo me abrió las puertas de su casa (sede donde se gestó gran parte de este trabajo), me abrió las puertas de su corazón. Gracias a mi familia adoptiva: Doña Emy, Don Juan, Juan Carlos y Miguelito, los quiero.

A mi Eclipse Lunar, gracias por escucharme, por confiar y creer en mí, por tu apoyo, aliento, tus reflexiones y tener siempre un punto de vista diferente.

"Si el Mundo fuera claro, el arte no existiría"

Albert Camus

Teresa Miriam López Granillo

Doy Gracias a...

Los Dioses que nos permiten ser, crecer y estar.

La Psicología por ser un arte

Mi amá Emy y mi papá Juan por **darme y mostrarme la vida.**

Al Panzón alias Juan Carlos por **ser el GRANDE.**

Mi siempre enano Miguel Ángel por **haber llegado a mi lado.**

Mi mamá Nieves y mi papá José por **presionar a que seamos algo mejor.**

Las Familias López y Granillo por
sus patologías tanto físicas como mentales.

Rosario por **levantarme el ánimo.**

Gerardo Fajardo **por creer en mí.**

La Familia García Zumaya por **ser mi otro hogar.**

Las Familias Caballero Suárez y Gómez Montoya
por su apoyo incondicional.

Angi por **crecer junto a mí.**

A Marcos Verdejo por **darme siempre su hombro.**

A la Sra. Gloria por **siempre estar.**

Rebeca por **despertarme.**

Ismene, Olivia, Dra. Graciela Rodríguez **por impulsarme.**

Puguita, Litos, Susanita, Liz, Zey, Lucy, Licha, Lendy,
Dulce, Kissy, Ise, Angie, Pablo, Ninnete, Yaz, Fide, Katia,
Tisha, Nan, Luz, Edick, Narus, Jhonathan, Betsa, Rulo, Lau,
Oswaldo, Tinguis, Raquis, Jane, Claus, Sr, Eduardo,
Adrian, Miguel, Micho, Chassin, Memo, Chulises, Irwing.
Hugo, Kein, Gustavo, Mtra. Yolanda, Lulu, Dr. Victor,
Ricky, Nayhe, Ger, Pachita, Don Juve, Conchita, Don Rúben, por
permitirme conocerlos.

Mi Mar Abismal por **existir sin estar.**

Índice

Resumen	I
Introducción	II
Capítulo I. Antecedentes	1
1. Adultos mayores	1
1.1. Vejez y proceso de envejecimiento	1
1.1.1. Cambios físicos.	1
1.1.2. Cambios psicológicos.	2
1.2. Demografía	5
1.2.1. Envejecimiento en México.	6
1.2.2. En el Distrito Federal.	7
1.2.3 En la Delegación Iztapalapa.	7
2. Enfermedades crónico degenerativas	9
2.1. Salud y comportamiento	10
2.2. Diabetes	11
2.3. Hipertensión	19
3. Adherencia terapéutica	25
3.1. Definición	25
3.2. Incidencia	26
3.3. Factores que afectan la adherencia	27
3.3.1 Factores relacionados con el paciente.	27
3.3.2. Factores relacionados con la enfermedad.	27
3.3.3. Factores relacionados con el equipo de salud.	27
3.4. Medición de la adherencia terapéutica	28
3.5. Intervenciones en adherencia terapéutica	29
4. Calidad de vida	32
4.1. Definición	32
4.2. Medición de la calidad de vida	33
4.3. Intervenciones terapéuticas en calidad de vida	34
Capítulo II. Método	38
Planteamiento y justificación del problema	38
Objetivo	39
Preguntas de investigación	39

Hipótesis	39
Variables	42
Sujetos	44
Muestreo	45
Tipo de estudio	46
Diseño	46
Instrumentos	46
Materiales	49
Procedimiento	49
Capítulo III. Resultados	53
1 ^{er} . Descripción de la muestra	54
2 ^{da} . Comparación de la preevaluación y postevaluación:	
evaluación de los resultados del programa	68
Adherencia terapéutica. Registros conductuales	101
Relajación. Temperatura periférica y frecuencia respiratoria	106
3 ^{er} . Cambios Clínicos	111
4 ^{to} . Correlación entre las variables	123
5 ^{to} . Perfiles de las adultas mayores que participaron y no participaron en el Programa	135
Capítulo IV. Discusión	153
Capítulo V. Conclusión	159
Referencias	160
Apéndices	174

Resumen

Actualmente en México se registra un crecimiento demográfico de los adultos mayores que continuará acelerándose. Al envejecimiento de la población se asocia una alta incidencia de enfermedades crónico degenerativas; el tratamiento de estas enfermedades es complejo y prolongado por lo que frecuentemente se asocia con problemas de adherencia, además de los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad. Ante esta problemática, se diseñó y aplicó un programa de intervención educativo y de entrenamiento para el cuidado de la salud, basado en técnicas cognitivo-conductuales: "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión". El propósito fue evaluar su efectividad para aumentar el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida en los adultos mayores. Es una investigación de campo, preexperimental pretest-postest, con una muestra de 29 adultas mayores entre 60 y 88 años de edad, 8 con diabetes mellitus tipo 2, 19 con hipertensión y 2 con diabetes e hipertensión; quienes participaron voluntariamente. Se evaluó a la muestra antes y después del programa a través de: Cuestionario de Salud, GDS, BDI, InCaViSa y registros conductuales. Los resultados mostraron que aumentó el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la percepción de calidad de vida de las adultas mayores, por lo que podemos considerar que el Programa fue efectivo, sin embargo, se observó que los cambios fueron diferentes en cada una de las dos enfermedades.

Palabras clave: adultos mayores, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, adherencia terapéutica, calidad de vida.

Introducción

En las últimas décadas nuestro país presenta un problema de salud pública importante debido a los cambios demográficos y en el patrón de morbilidad y mortalidad, como consecuencia del control eficaz de enfermedades infecciosas y la modificación de estilos de vida; esto contribuye al proceso de envejecimiento en la población aunado con el incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas, que actualmente son las principales causas de muerte en población de adultos mayores.

Esta problemática debe abordarse de manera interdisciplinaria ya que las enfermedades crónico degenerativas requieren tratamientos médicos prolongados y complejos que incluyen cambios en el estilo de vida a los que generalmente los pacientes y sus familias no están preparados para desempeñar; además influyen aspectos psicológicos como las reacciones emocionales (depresión, ansiedad, miedo) y el estilo de afrontamiento asociados con la enfermedad. Estos aspectos afectan la adherencia al tratamiento y, por tanto, la efectividad de los tratamientos médicos.

Aunado con las dificultades que implica tener una enfermedad crónica degenerativa en la vejez, se encuentran los cambios propios del proceso de envejecimiento como la declinación cognoscitiva, los cambios físicos, psicológicos y sociales. En algunos sectores de la población esta situación se complica por la carencia de servicios de salud y el rezago social. Todo esto afecta la calidad de vida de los adultos mayores en diferentes áreas, de tal forma que se les considera un grupo vulnerable.

Se ha reconocido que las conductas y los estilos de vida están fuertemente implicados en el desarrollo de enfermedades crónicas por lo que últimamente se toma más en cuenta el papel de la esfera psicológica en este proceso.

La Psicología de la Salud incluye las contribuciones de la psicología para mejorar la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, identificar los factores de riesgo para la salud, mejorar del sistema de atención a la salud e influir sobre la opinión pública con respecto a la salud. Esta disciplina surge, tras los avances en el campo de la medicina y la farmacoterapia, con el propósito de contribuir a solucionar la demanda de salud pública a través de las intervenciones en los tres niveles de prevención. La prevención primaria se refiere principalmente a la promoción de la salud y control de los riesgos de enfermar mediante intervenciones que fomentan estilos de vida sanos. En la

secundaria se realizan acciones para identificar y tratar una enfermedad en su inicio con el objetivo de detenerla o evitar complicaciones graves. La prevención terciaria se refiere a la rehabilitación y está dirigida a proporcionar recursos médicos, psicológicos y laborales para que las personas que presentan secuelas de alguna enfermedad en forma de limitaciones puedan reducirlas y desarrollar nuevas capacidades que les permitan el máximo desempeño autónomo en su medio habitual, tanto doméstico como laboral y social.

Con la finalidad de aportar datos relevantes a la Psicología de la Salud y a su vez fomentar el bienestar del paciente crónico -ayudar a los pacientes y a sus familias a desarrollar mejores estrategias de adaptación o afrontamiento- se creó el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión", el cual es un programa educativo y de entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud fundamentado en técnicas cognoscitivo-conductuales, el cual tiene la finalidad de aumentar el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento médico, el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores. La presente investigación tiene por objetivo evaluar la efectividad de este Programa.

Recientemente, el Gobierno del Distrito Federal ha mostrado mayor interés por fomentar el bienestar de los adultos mayores a través de programas de asistencia social implementados en cada una de las Delegaciones. Estos programas de asistencia social tienen como objetivo promover una cultura de la vejez, así como coordinar y ejecutar servicios en el ámbito de la salud, empleo, cultura, etc., con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Es por esto que se eligieron las Casas de Asistencia Social "Benita Galeana" y "Años felices", ubicadas en la Dirección Territorial Ermita Zaragoza de la Delegación Iztapalapa, como escenario para realizar esta investigación y así intervenir a nivel de prevención secundaria.

Para esta investigación se plantearon dos preguntas ¿de que manera el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión", modifica el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida? y ¿qué diferencias existen en la eficacia del Programa de atención psicológica cuando se aplica a pacientes diabéticos y a pacientes hipertensos?

Para dar respuestas a estas preguntas se empleó un diseño pre-experimental pretest-postest; es un estudio exploratorio, de campo, en el que se trabajó por separado con los

grupos. Los sujetos participaron voluntariamente en uno de los grupos: diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión que se formaron en cada una de las casas. Al final el grupo con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 estuvo conformado por 8 adultas mayores y 2 con comorbilidad de diabetes e hipertensión y el grupo de hipertensión por 19 adultas mayores con diagnóstico de hipertensión.

La aplicación del Programa se realizó en grupo, ya que éstos ofrecen las ventajas de potencializar el aprendizaje, ya que cada paciente aporta su experiencia al grupo al mismo tiempo que aprovecha y aprende de la experiencia de otros. Además, a través de los interacción grupal no sólo se aprende sino que se obtiene un apoyo emocional –el paciente se da cuenta que no es el único enfermo y con los mismos problemas- y se enriquecen las relaciones interpersonales con las que se forman y amplían las redes de apoyo.

La variable a evaluar fue el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión"; la variable independiente fue la enfermedad: diabetes o hipertensión; y las variables dependientes: conocimiento de la enfermedad, indicadores de estado de relajación, adherencia al tratamiento médico, nivel de tensión arterial, nivel de glucosa, peso corporal, depresión y calidad de vida.

Para evaluarlas se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de salud, Inventario de Depresión Geriátrica, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Calidad de Vida y Salud y Cuadernillo de autorregistro. También se utilizaron medidas de nivel de glucosa en sangre, presión arterial y registro de indicadores fisiológicos (temperatura periférica y frecuencia respiratoria).

En la primera sección se presenta un contexto general de la problemática planteada: la vejez, el proceso de envejecimiento y el aumento acelerado en la población actual de adultos mayores en el mundo, en México, en el Distrito Federal y en la Delegación Iztapalapa, se abordan también las necesidades y características de los adultos mayores; se señala que hay un problema de salud importante, la relevancia de la adherencia a los tratamientos médicos y de la calidad de vida en las enfermedades crónicas. En seguida se presenta un capítulo metodológico y otro en el que se presentan los resultados, finalmente se discute y argumenta sobre la efectividad del programa de intervención y los hallazgos correspondientes.

Esta investigación pretende ayudar a cubrir la demanda de salud pública al diseñar y probar la efectividad de un programa de atención psicológica con la finalidad de contribuir a disminuir las complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas y mejorar la calidad de vida de un grupo vulnerable: los adultos mayores de la Delegación Iztapalapa.

Capítulo I. Antecedentes

1. Adultos mayores

1.1. Vejez y proceso de envejecimiento

La vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital de todo ser humano; es la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales. La presencia de estos cambios comienza a partir de los sesenta o sesenta y cinco años de edad (Fernández-Ballestros, Moya, Iñiguez, & Dolores, 1999; Martínez & Solís, 2001).

A las personas en esta etapa se les designa con distintos términos: ancianos, viejos, senectos, seniles, personas de edad avanzada, personas de la tercera edad o adultos mayores, sin embargo, la denominación más adecuada, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es llamarlos adultos mayores (Martínez & Solís, 2001; Padilla, Silva, Tuxpan, Martínez & González, 2002b).

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los programas de asistencia a la senectud y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) consideran como adulto mayor al individuo, hombre o mujer, que rebasa los sesenta años de edad (Consejo Nacional de Población, 2001; *cit.* en Cabañas y Hernández, 2001).

Desde el punto de vista de la economía, se define como persona mayor aquel individuo que se jubila y por tanto deja de ser un sujeto productivo; por lo regular los hombres se retiran a los 65 años y las mujeres a los 60. En la perspectiva familiar se identifica a los adultos mayores con la salida del último hijo del hogar o con la llegada de los nietos (Rivera, 2001).

Es necesario distinguir entre el concepto de vejez como una etapa de la vida y el envejecimiento como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento (Padilla, *et. al.*, 2002b).

El envejecimiento se caracteriza por la disminución paulatina de las capacidades funcionales del ser humano aunado con cambios físicos y psicológicos que influyen en diferentes áreas de su vida tales como: familiar, social, laboral, sexual y salud (Cabañas & Hernández, 2001; Padilla, Silva, Tuxpan, Martínez & González, 2002a).

1.1.1. Cambios físicos.

Entre los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento se encuentran: la piel arrugada, postura encogida, pérdida de elasticidad muscular, encogimiento del esqueleto,

las capacidades sensoriales declinan, en particular la vista y el oído. El funcionamiento muscular se vuelve lento, la capacidad pulmonar disminuye y los huesos se hacen frágiles y porosos. Buena parte de las deficiencias en el envejecimiento pueden resultar de enfermedades, accidentes e influencias ambientales. Algunos cambios se pueden mantener bajo control e incluso revertirse mediante el ejercicio, mejor nutrición y un adecuado cuidado de la salud (Craig, 1997).

1.1.2. Cambios psicológicos.

↳ Cambios cognoscitivos.

Uno de los principales cambios documentados de la cognición en la vejez es la disminución del desempeño intelectual (Birren *et. al.*, 1980, *cit.* en Craig, 1997), diversos estudios muestran que los adultos mayores son más lentos en el procesamiento de las percepciones, presentan tiempos de reacción más prolongados y en general procesos cognoscitivos más lentos (Salthouse, 1985, *cit.* en Craig, 1997).

La memoria a largo plazo se mantiene y a corto plazo disminuye, es más fácil que se recuerde algo que pasó hace varios años que lo que acaba de suceder; además hay decremento en la atención probablemente debido a la incapacidad para discriminar información relevante de la que no lo es, sin embargo, no hay modificaciones en el procesamiento automático.

La declinación cognoscitiva tiene causas primarias y secundarias. Entre las causas primarias están la enfermedad de Alzheimer y las apoplejías, sin embargo, la mayor parte de la declinación cognoscitiva no es intrínseca al proceso de envejecimiento sino más bien se debe a causas secundarias las cuales incluyen factores como salud quebrantada, poca educación formal, pobreza o escasa motivación (Craig, 1997).

Fernández-Ballesteros *et. al.* (1999) afirman que los adultos mayores son competentes y capaces de aprender nuevas cosas, que la edad no trae consigo la incapacidad para nuevos aprendizajes, ni impide que las capacidades se sigan desarrollando; pero no pueden aprender tan rápido como lo hacían antes.

↳ Cambios emocionales.

En los adultos mayores desciende el estado de ánimo general, la autovaloración, la seguridad en sí mismo y predominan diferentes temores ante la soledad, la indefensión, el empobrecimiento y la muerte (Padilla, *et. al.*, 2002a).

La persona de esta edad entra en crisis de identidad (no sabe quién es y no sabe qué hacer) de manera progresiva, por lo que se percibe solitario, pierde interés en el contacto

con el mundo exterior, se aísla y aunque no viva solo se sentirá y se percibirá de esa forma (Padilla, 2002a).

La soledad es otro factor importante de crisis en el ser humano en general y en los adultos mayores en particular (Altarriba, 1992). En la vejez, la soledad es consecuencia del empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y de la reducción de experiencias vitales con otras personas (Cabañas & Hernández, 2001).

Griffa y Moreno (1993), diferenciaron entre soledad y aislamiento, indican que la soledad se determina por las percepciones y vivencias subjetivas de las interacciones sociales y que no está determinada ni por la frecuencia ni por el número de contactos sociales; a diferencia del aislamiento que se relaciona con el número de contactos sociales.

El aislamiento es un factor importante en la vejez, ya que existe una relación negativa entre aislamiento y salud, las personas que tienen pocos o deficientes contactos sociales o que viven en el aislamiento tienden a sufrir con mayor intensidad los efectos de la enfermedad (Morales, 1997; Rodríguez, 1991).

La soledad y el aislamiento predisponen a los adultos mayores a presentar síntomas psicológicos como la depresión que se caracteriza por autoverbalizaciones negativas, limitada aceptación de cualidades, baja autoestima, poca frecuencia en la participación social durante diversas actividades que podían ser reforzantes y deseos de no vivir (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1992). Entre las situaciones a las que se enfrentan los adultos mayores y que pueden incrementar el riesgo de depresión, están: la muerte de amigos, cónyuge, hermanos e hijos, entre otros; en estos casos las redes de apoyo social son un factor protector que puede contribuir a disiparla (Papalia & Wendkos, 1997).

↓ Área familiar.

La relación familiar del adulto mayor se invierte paulatinamente, por lo que se le empieza a tratar como niño o minusválido. El grado en que se adopten estos papeles, por parte del anciano y de la familia, depende directamente de la historia del individuo. El tratarlo como niño o minusválido, implica relevarlo de sus responsabilidades primordiales, causa que el adulto mayor experimente el alejamiento social y sentimientos de inutilidad; lo que se manifiesta en una falta de preocupación por su autocuidado (Varela, 1997).

La familia juega un papel importante en la vida de los adultos mayores, ya que durante la vejez se presentan diversos problemas de índole económico, habitacional, de ocio, soledad, enfermedades, en donde la familia puede brindar apoyo (Motlis, 1985).

↓ Área social.

Las relaciones sociales a lo largo del ciclo vital son básicas pues favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante las enfermedades y generar redes que brindan apoyo social. (Fernández-Ballesteros, *et. al.*, 1999; Vega & Bueno, 1996).

A partir de los sesenta y cinco años las relaciones sociales se empobrecen, la cifra de contactos interpersonales se reduce en cantidad e intensidad (Fericgla, 1992). Ciertos factores pueden contribuir a esta reducción tales como: jubilación, marcha de los hijos, muerte del cónyuge y de personas cercanas, e institucionalización (Fernández-Ballesteros, *et. al.*, 1999)

↓ Área laboral.

Cuando los adultos mayores llegan a la jubilación, los horarios, los quehaceres y las costumbres se modifican, cuentan con más tiempo libre que antes y comienzan a perder buena parte de amigos y compañeros, ya que la mayoría de sus relaciones sociales tenían que ver con su ambiente laboral; disminuyen los ingresos y cambia el puesto que ocupan en la sociedad. Para las esposas de los jubilados, esta situación les representa menos ingresos, más trabajo en la casa y la modificación de la rutina en la que no se encontraba presente el hombre.

Por otro lado, en la mujer soltera, viuda o divorciada, el estilo de vida no cambia bruscamente, se adapta con mayor facilidad a la nueva situación; sigue encargada de las labores domésticas, en ningún momento se encuentra ociosa y su papel de abuela le brinda nuevas oportunidades, por lo que se mantiene activa (Padilla, *et. al.*, 2002a).

Para las personas que trabajaron la mayor parte de su vida, la jubilación significa algo más que dejar de realizar una actividad remunerada y valorada, pues entre otras cosas implica la adopción de un nuevo rol que trae consigo otras expectativas de comportamiento, modificación en la vida cotidiana, cambios en la vida social y familiar, diferentes compromisos e intereses personales y cambios en la economía (Gutiérrez, 1994). La jubilación se experimenta con sentimientos de inutilidad y pérdida de prestigio social, incluso estos sentimientos pueden llevar al adulto mayor a un estado depresivo. Sin embargo, otras personas ven en su jubilación la oportunidad de dedicarse a otras actividades que antes no podían realizar, ellos generan nuevos roles y nuevas relaciones sociales (Craig, 1997; Moraleda, 1999).

↓ Área sexual.

Con el paso del tiempo la actividad sexual se considera como innecesaria carente de atractivo estético o de función sin sentido, pues ya no se goza de actividad reproductiva. Existe declinación en la actividad sexual debida a la disminución del deseo sexual y la frecuencia e intensidad de las relaciones sexuales. Después de los sesenta años un hombre requiere más tiempo para excitarse y para tener una erección, así como para eyacular. La respuesta sexual de las mujeres mayores también se modifica; la tumefacción de los senos, la erección del pezón, el aumento del tono muscular, la tumefacción del clitoris, así como otros signos de excitación sexual, no son tan intensos. Sin embargo, las mujeres mayores son capaces de lograr orgasmos especialmente si han sido sexualmente activas. Pese a los cambios, tanto hombres como mujeres pueden disfrutar de una sexualidad plena y satisfactoria al final de la vejez (Muñoz, 2001; Papalia & Wendkos, 1997).

↓ Área de salud.

El estado de salud de los adultos mayores es resultado de tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los perfiles de riesgos conductuales (tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física) y el uso y acceso a los servicios de salud (Programa de acción: Atención al envejecimiento, S.S.A., 2001).

En la vejez los cambios biológicos se reflejan en los problemas de salud y en la susceptibilidad ante ciertas enfermedades. Aunque la incidencia de algunas enfermedades decrece, las que se presentan son en general más severas y su recuperación es más difícil, incluso presentan molestias que los llegan a incapacitar (Roa, 1995).

El curso y la severidad de las enfermedades de la tercera edad están vinculados con algunos condicionantes sociales como la viudez, el aislamiento social y la carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana (Negrete-Sánchez & Tapia-Conyer, 1996).

1.2. Demografía

En la actualidad existen en el mundo más de 416 millones de adultos mayores. Este número representa el 6% de la población total, se agrupa una gran proporción en países de Europa Occidental, y de Norteamérica, aunque la tendencia hacia un progresivo aumento se extiende a la mayor parte de los países del mundo. Estas cifras indican el envejecimiento de la población el cual se refiere al aumento de las personas de sesenta y

más años de edad y a un incremento de la esperanza de vida al nacimiento, consecuencia de una serie de cambios sociodemográficos, derivados de diversos factores tales como el control de la mortalidad perinatal e infantil, mejoras en la nutrición, el cuidado básico de la salud y el control de un gran número de enfermedades infecciosas, que disminuye la mortalidad antes de los 60 años; además con el descenso de la tasa de natalidad hay cada vez más personas adultas (Programa de acción: Atención al envejecimiento, S.S.A., 2001).

1.2.1. Envejecimiento en México.

México ocupa el séptimo lugar entre los países de envejecimiento acelerado, con un 7% de la población de 60 años y más. (Programa de acción: Atención al envejecimiento, S.S.A., 2001).

El crecimiento demográfico de los adultos mayores, que en la actualidad registra tasas inéditas (de alrededor de 3.7%), continuará acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.6 por ciento durante la tercera década del presente siglo, lo que exigirá cambios en todos los ámbitos de la vida social e institucional. Su tamaño aumentará de menos de 8 millones en 2002 a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 millones en 2050. Los mayores incrementos se registrarán entre 2020 y 2050, por lo que México dispone de apenas unas cuantas décadas para preparar las respuestas institucionales que le permitan hacer frente a estas tendencias demográficas (Zúñiga & Gomes, 2002).

Los adultos mayores tienen una mayor predisposición a padecer enfermedades crónico degenerativas, lo que da lugar a la pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales que terminan finalmente con la muerte en edades avanzadas. Por lo tanto estas enfermedades son las principales causas de muerte en la población de adultos mayores.

Según el Instituto Nacional de Geografía e Informática (2003), en México en el año 2001 se registraron 224,068 muertes en la población de 60 años y más. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus (Tabla 1).

Tabla 1

Principales causas de muertes según sexo*.

Hombres		Mujeres	
Enfermedad	%	Enfermedad	%
Enfermedades del corazón	22.2	Enfermedades del corazón	24.0
Tumores malignos	14.5	Diabetes mellitus	15.1
Diabetes mellitus	11.3	Tumores malignos	12.4
Enfermedad cerebrovascular	7.8	Enfermedad cerebrovascular	9.4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.2	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	3.7
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.9	Deficiencias de la nutrición	3.0
Accidentes	3.6	Neumonía e influenza	2.9
Neumonía e influenza	2.9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2.8
Bronquitis crónica y la no especificada, efisema y asma	2.8	Insuficiencia renal	2.3
Deficiencias de la nutrición	2.6	Bronquitis crónica y la no especificada, efisema y asma	2.2
Las demás causas	22.2	Las demás causas	22.2

* Instituto Nacional de Geografía e Informática (2003). Porcentaje de defunciones de 65 años y más por sexo y causa 1990-2001 Recuperado el 6 de septiembre del 2003 de <http://www.inegi.gob.mx>.

1.2.2. En el Distrito Federal.

En México, el Distrito Federal es una de las entidades con más alto índice de población de 60 años y más, con aproximadamente 503 mil adultos mayores (Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2002b). Un trabajo coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal indica que gran parte de esta población vive en condiciones de abandono familiar, desempleo, maltrato, enfermedad o indigencia; las enfermedades más comunes son las crónico degenerativas como la hipertensión, arteriosclerosis, enfermedad renal, diferentes tipos de cáncer, gota, varices y diabetes (Padilla *et. al.*, 2001a).

1.2.3 En la Delegación Iztapalapa.

La Delegación Iztapalapa ocupa el segundo lugar con mayor número de personas con sesenta y cinco años de edad, con 69,871 adultos mayores (Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2002b).

Esta delegación cuenta con realidades contrastantes, es decir, barrios y colonias que gozan de servicios públicos y otros que enfrentan los rezagos sociales y la marginación más profunda de la capital. De acuerdo con algunos estudios de población la mayoría de los adultos mayores de la Delegación Iztapalapa vive en condiciones de pobreza media y extrema, por lo que es un sector que está expuesto a situaciones de inequidad y exclusión social al que se le denomina grupo vulnerable (Programa delegacional de adultos mayores, 2002).

Ante esta situación la Delegación, con el apoyo del Gobierno del Distrito Federal, ha diseñado programas para aminorar el rezago social y brindar atención a los grupos vulnerables, particularmente a los adultos mayores. Los programas diseñados dirigidos a esta población pretenden promover una cultura de la vejez, así como coordinar y ejecutar servicios en el ámbito de la salud, empleo, cultura, etc., con el fin de mejorar y elevar su calidad de vida. Estos programas favorecen la reunión, convivencia, participación e intercambio de experiencias con el objetivo de que se mantengan activos física y mentalmente.

Estos programas se imparten en centros comunitarios y casas de asistencia social que brindan servicios a la población en general; esta cobertura se realiza a través de siete Direcciones Territoriales: Aculco, Centro, Cabeza de Juárez, Ermita Zaragoza, Santa Catarina, Paraje San Juan y San Lorenzo Tezonco.

Las dos casas en las que se realizó la presente investigación se ubican en la Dirección Territorial Ermita Zaragoza. Los habitantes de esta zona viven en condiciones de pobreza media y extrema, tienen un bajo nivel escolar, acceso restringido a servicios de salud, mantienen tradiciones y costumbres como celebrar al Santo Patrón del pueblo, comer antojitos, preparar la comida con manteca y en ollas de barro y criar animales, entre otras.

2. Enfermedades crónico degenerativas

Las enfermedades se pueden dividir esquemáticamente para su estudio en transmisibles y no-transmisibles. Las primeras son causadas generalmente por agentes patógenos externos como bacterias, virus, gérmenes, etc.; habitualmente tienen características que facilitan su control: la incidencia puede disminuirse más fácilmente, el impacto de las intervenciones es prácticamente inmediato y suele acompañarse de inmunidad permanente. Las características de las enfermedades no transmisibles (que abarcan prácticamente todos los padecimientos crónicos) dificultan su control: su incidencia y prevalencia va en ascenso de modo relativamente lento pero constante, la población está expuesta conforme aumenta su edad, no hay inmunidad y su severidad suele ser progresiva y discapacitante (Castro, Gómez-Dantés, Negrete-Sánchez & Tapia-Conyer, 1996, *cit. en* Riveros, 2002; Sánchez-Sosa, 2002; Phares, 1999).

Una enfermedad crónica es el trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista a lo largo del tiempo (Postigo & Beneit, 1992). Además compromete el bienestar y funcionalidad de quien lo padece, ya que síntomas como dolor crónico, movilidad reducida, ansiedad o depresión son algunos de los aspectos que deterioran la calidad de vida del paciente (Andersen, Davidson & Ganz, 1994). Se requiere de tratamientos frecuentemente prolongados y complejos; además, demanda cambios en las actividades cotidianas del paciente y su familia, que a veces resultan difíciles de llevar a cabo, como dietas especiales, actividad o inactividad física específica (Sánchez-Sosa, 1998).

El tratamiento para estas enfermedades se aborda desde diferentes disciplinas, no sólo desde el aspecto médico, ya que éste demanda conductas de cuidado de la salud como son la adherencia, prevención, ajuste ante las complicaciones, apoyo social y otras más para lograr una mejor calidad de vida y vivir con la enfermedad.

Las enfermedades crónico degenerativas, son padecimientos regularmente asociados con la edad y el envejecimiento; ya que los cambios fisiológicos en esta etapa facilitan el desarrollo de ciertas enfermedades y como consecuencia se tiene un mayor riesgo de morir o una inadecuada calidad de vida (Programa de acción: Atención al envejecimiento, S.S.A., 2001). Además los factores psicológicos y somáticos interactúan para determinar la naturaleza y curso de estas enfermedades.

Dado que las enfermedades crónicas implican cambios en el bienestar y funcionalidad del paciente, los individuos que padecen estas enfermedades así como su núcleo familiar deberán aprender a enfrentarlas, manejar el estrés y seguir las indicaciones médicas para lograr su control y evitar o retardar las posibles complicaciones con lo que se pretende

lograr una mejor calidad de vida y vivir con la enfermedad. Estos cambios indican una relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida, por lo que son aspectos importantes de considerar en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas.

2.1. Salud y comportamiento

En la actualidad, los problemas de salud y causas de muerte de una gran proporción de la población de adultos mayores tienden a ser de tipo crónico (como se observó en la Tabla 1), sin embargo los tratamientos con medicamentos no son suficientes para enfrentar las enfermedades crónicas, ya que su etiología está fundamentalmente relacionada con el estilo de vida.

El estilo de vida se refiere a los comportamientos de la persona que pueden prevenir o facilitar las enfermedades aunque no necesariamente son la causa primaria de las mismas. Fumar, consumir alimentos con alto contenido de grasa, falta de ejercicio, prácticas sexuales no seguras, exponerse en exceso a rayos solares, no tomar los medicamentos y no asistir a evaluaciones médicas periódicamente, son factores de riesgo asociados con la adquisición de enfermedades (Prochaska, et al.; 1994).

La relación entre salud y conducta se ha enfatizado en estudios como el de Belloc (1973, cit. en Barrera, 2002) que propone que el estilo de vida de una persona asociado con conductas sanas, correlaciona con menor riesgo de mortalidad prematura. Algunos ejemplos de conductas de salud son: siete u ocho horas de sueño diario, desayunar regularmente, evitar consumir alimentos entre comidas y realizar una actividad física regular; Matarazzo (1984, cit. en Barrera, 2002) denominó a estos comportamientos *inmunógenos conductuales*; los comportamientos como fumar, el sedentarismo, la ingesta inadecuada (comer en exceso) y vivir bajo estrés crónico son agentes *patógenos conductuales*.

En el tratamiento y control de las enfermedades crónicas es importante incluir una intervención conductual para promover *inmunógenos conductuales*, ya que la etiología de estas enfermedades se relaciona fuertemente con el estilo de vida.

Un factor importante a considerar es el papel que juegan las emociones en la preservación de la salud, por un lado los estados de depresión, ansiedad y estrés alteran diferentes sistemas fisiológicos del organismo; por otro lado las emociones influyen sobre la conducta.

Creencias, pensamiento, convicciones, etc. pueden modular tanto la conducta como las emociones; por ejemplo, en el caso de la conducta de adherirse a un tratamiento, las creencias sobre lo que pueda ocurrir al seguir o no las instrucciones del equipo de salud determinarán, en parte, esa conducta. Una forma en que las cogniciones modulan a las

emociones es manteniendo un estado anímico que interfiera con la conducta, si estar enfermo de un padecimiento crónico se percibe como incapacidad, es probable que se ocasionen estados de depresión que pongan en marcha una conducta de indefensión por considerar la situación estresante o imposible de resolver (Sánchez-Sosa, 2002).

En un enfoque interdisciplinario los psicólogos participan en los problemas de salud, desde el aspecto conductual, cognoscitivo y emocional y ofrecer alternativas para la prevención de complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas, tales como la diabetes mellitus tipo 2 o la hipertensión.

2.2. Diabetes

↓ *Definición y clasificación.*

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por una elevación crónica de la glucosa en la sangre, debido a una deficiente producción de insulina o a una deficiente acción de esta hormona (Feifer & Tansman, 1999; Manual de orientación alimentaria para personas con diabetes mellitus tipo 2, 2002).

Normalmente, durante la digestión, el organismo transforma algunos alimentos en una forma de azúcar llamada glucosa, luego la sangre lleva esta glucosa hacia las células de todo el cuerpo, ahí, con la ayuda de la insulina, se regulan los niveles de glucosa que aprovechan las células, para realizar sus actividades y otra parte queda como reserva para necesidades posteriores.

Cuando el organismo no produce insulina o la que produce es muy poca, las células del cuerpo no pueden utilizar la glucosa circulante y ésta se acumula en la sangre produciendo niveles altos de azúcar en la sangre (Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud: para la vida, 1997).

Existen diferentes tipos de diabetes mellitus:

1. Diabetes Tipo 1. Cuando las células beta del páncreas no producen insulina.
2. Diabetes Tipo 2. Cuando hay bajos niveles de secreción o las células no tienen una capacidad de recepción adecuada de la insulina
3. Otros tipos específicos de diabetes. Las producidas por defectos genéticos en la función de las células beta o en la acción de la insulina, las enfermedades del páncreas exocrino y las endocrinopatías.

Los tipos más comunes son la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2. La diabetes tipo 1, se presenta más frecuentemente en los niños o adolescentes y se le relaciona con factores hereditarios, aparece debido a un defecto de las células pancreáticas que les impide la adecuada producción de insulina; por lo tanto, las personas que padecen este tipo de diabetes necesitan inyectarse insulina. La diabetes tipo 2, es la forma más

frecuente de diabetes, aparece en la edad adulta y su origen no se conoce con exactitud. Frecuentemente se le relaciona con antecedentes hereditarios, obesidad, sedentarismo y mala alimentación. Si una persona tiene familiares de primer grado diabéticos, es obeso, lleva una vida sedentaria, una mala alimentación y tiene 40 años o más, tiene un riesgo elevado para la enfermedad. Sin embargo, algunas de estas características pueden ser modificables y, con ello, reducir la probabilidad de adquirir el padecimiento (Manual de orientación alimentaria para personas con diabetes mellitus tipo 2, 2002).

↳ *Síntomas.*

Los síntomas y las alteraciones más comunes son: aumento de la sensación de sed (polidipsia), aumento del apetito (polifagia), orina frecuente (poliuria), cansancio y debilidad (astenia), infecciones frecuentes, cicatrización lenta, pérdida de peso, cambios en la visión, entumecimiento y hormigueo en manos y pies. Todo esto facilita las alteraciones del estado de ánimo, como la tristeza, irritabilidad o el mal humor (Manual de orientación alimentaria para personas con diabetes mellitus tipo 2, 2002).

↳ *Complicaciones.*

Un mal control de la diabetes afecta poco a poco a los ojos, los riñones, los nervios, las arterias, el corazón y los pies, y puede ocasionar complicaciones agudas y crónicas.

Las complicaciones agudas más importantes son:

Hiperglucemia. Es cuando existe un alto nivel de glucosa en la sangre, mayor a 250 mg/dl. Los síntomas que se presentan son sed, necesidad de orinar con frecuencia, visión borrosa, cansancio y sentirse sin energía. Los riesgos que se pueden dar al presentar hiperglucemia son: retinopatía, enfermedades cardíacas, nefropatía, neuropatía, infecciones, cetoacidosis diabética (coma diabético), estado hiperosmolar, hiperglucémico (Touchette, 2001).

Hipoglucemia. Es cuando existe un bajo nivel de glucosa en la sangre, menor a 60 mg/dl. Los síntomas que se presentan son: temblor, nerviosismo, sudoración, escalofrío, sensación de estar pegajoso, pulso acelerado, problemas para concentrarse, dolor de cabeza, mareo, aturdimiento, mal humor, torpeza, hormigueo en cara, labios o lengua, sensación de mucha hambre, irritabilidad. El principal riesgo que se puede presentar es un coma diabético, por lo que se debe dar tratamiento inmediato con glucosa intravenosa para evitar una lesión cerebral permanente (Touchette, 2001).

Coma diabético. Puede ser provocado tanto por hipoglucemia como por hiperglucemia, pero es más frecuente y grave el producido por hipoglucemia (Touchette, 2001).

Las complicaciones crónicas más comunes de la diabetes son:

Problemas renales. Los riñones funcionan como un conjunto de filtros pequeñísimos (capilares) que retienen todas las toxinas y los desechos de la sangre. Una vez que la sangre está limpia de toxinas y desechos, vuelve a entrar al torrente y el desecho pasa a través de diversos tubos en los riñones y se convierte en orina. En los diabéticos se puede presentar nefropatía diabética, que es cuando los capilares del riñón se dañan y no pueden filtrar la sangre adecuadamente. Pueden obstruirse, lo que provocaría que no todos los desechos y toxinas fueran eliminados de la sangre. También pueden tener fugas, con lo cual algunas proteínas y nutrientes que deben permanecer en la sangre serían eliminados en la orina. Lleva mucho tiempo sentir los efectos del daño renal (Touchette, 2001).

Problemas de la vista. Si se tiene diabetes es más probable que se presenten problemas oculares a una edad más temprana que el resto de las personas. Para que los ojos funcionen adecuadamente se necesita un suministro bueno y constante de sangre a las retinas para proporcionarles los nutrientes que necesitan. El daño a estos vasos sanguíneos puede amenazar la buena visión. Los ojos también dependen de nervios saludables para transmitir las señales ópticas y controlar los movimientos oculares. Si cualquiera de estos nervios se daña se presentan problemas de visión. Algunos problemas oculares causados por la diabetes son: retinopatía, cataratas y glaucoma (Touchette, 2001).

Enfermedad cardiovascular. Las personas con diabetes son más propensas a morir de un padecimiento cardiovascular que la población en general, los problemas circulatorios conducen a otros problemas en diferentes partes del cuerpo, que dependen de un suministro saludable de sangre para funcionar adecuadamente. Las complicaciones de problemas circulatorios en la diabetes se deben a la sangre es más densa y pegajosa por lo que no puede fluir bien. Los problemas más comunes relacionados con la circulación son: enfermedad de las coronarias, angina de pecho, infarto, insuficiencia cardíaca congestiva, anomalías del colesterol, aterosclerosis, enfermedad vascular periférica, embolia, hipertensión (Touchette, 2001).

Problemas dermatológicos. Los diabéticos padecen de varios problemas de la piel como sequedad o infecciones; la causa exacta de estas condiciones es desconocida. Algunos problemas cutáneos o de la piel parecen asociarse con desequilibrios metabólicos. Otros son causados por infecciones. Y algunos pueden ser provocados por los medicamentos para tratar la diabetes. Afortunadamente, la mayoría de los problemas

cutáneos relacionados con la diabetes no son dañinos, pero pueden ser desagradables o incómodos (Touchette, 2001).

Neuropatía diabética. La neuropatía periférica (lesión de un nervio periférico) es un síndrome caracterizado por una disfunción de los nervios periféricos. Suele producir alteraciones como pérdida de la sensibilidad, debilidad y atrofia muscular o alteración del funcionamiento de los órganos internos. Los síntomas pueden aparecer aislados o en combinación de algunos de ellos. Puede producirse hormigueo, hinchazón y rubor en distintas partes del cuerpo. Los efectos pueden ser consecuencia de la afección de un único nervio (mononeuropatía), de 2 o más nervios (mononeuropatía múltiple) o de muchos nervios simultáneamente en todo el cuerpo (polineuropatía) (Touchette, 2001).

✦ *Etiología.*

La etiología de este padecimiento tiene un importante componente hereditario así como desencadenantes ambientales que se relacionan con un estilo de vida no saludable. En la diabetes mellitus tipo 1, el páncreas no produce insulina, debido a un proceso autoinmune (American Diabetes Association, ADA, 1996, *cit.* en Lobato 2001). En la diabetes mellitus tipo 2, la insulina no se produce con cantidad o calidad suficiente para controlar los niveles de glucosa, lo que interactúa con factores que se relacionan con aumento de la resistencia de la insulina. Los factores mejor identificados son obesidad, inactividad física, inadecuada alimentación y embarazo en edad avanzada (Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, ECDCD, 1997, *cit.* en Lobato 2001).

La diabetes puede aparecer en edades tempranas o avanzadas como resultado de varios factores. Entre los más frecuentes destaca un proceso de disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina, por un proceso autoinmunitario relacionado con una predisposición genética, por pancreatitis, neoplasia pancreática o enfermedad pancreática fibrocalculosa. También puede precipitarse por trastornos endocrinos al aumentar las concentraciones de hormonas (contrarreguladoras) con acción opuesta a la de insulina, por desnutrición debido a déficit calórico-proteico, o por síndromes genéticos diversos (Carballido, 2003).

✦ *Incidencia y prevalencia.*

La Federación Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF), considera que hay 177 millones de personas con diabetes mellitus. Esta cifra se basa en reportes de 140 países que proporcionaron información a la IDF. La diabetes tipo 2 ocupa entre 85% y 95% de todos los casos diagnosticados en el mundo.

México ocupa el noveno lugar en el mundo con mayor prevalencia de diabetes mellitus. Si la prevalencia continúa, para el año 2025 México ascenderá al séptimo lugar (Federación Mexicana de Diabetes, 2003).

La Federación Mexicana de Diabetes (2003) reporta que la diabetes mellitus es la tercer causa de muerte en México, antecedido por enfermedades del corazón y tumores; 10.75% de los mexicanos de 20 a 69 años tienen algún tipo de diabetes mellitus, lo que equivale a una población de más de 5 millones y medio de personas con la enfermedad. La población de mexicanos con diabetes mellitus se distribuye de la siguiente manera:

- Mujeres: 65%
- Hombres: 35%
- Población mayor de 40 años: 12.6%
- Población mayor de 50 años: 26.6%
- Población mayor de 65 años: 35%

Cerca de 50 mil mexicanos murieron en el 2002 a causa de la diabetes mellitus. Cerca del 23% de estas personas afectadas con diabetes mellitus desconoce que tiene la enfermedad. Esto equivale a más de un millón de personas que no han sido diagnosticadas.

↓ *Tratamiento.*

La diabetes es una enfermedad controlable, en la cual el tratamiento puede variar de una persona a otra, dependiendo de su edad, sexo, peso y tipo de actividad, entre otros aspectos. La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cercana a las cifras normales (70 a 120 mg/dl), de esta forma se puede prevenir la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad (Manual de Orientación Alimentaria para Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, 2002).

El apego a la guía de alimentación, el ejercicio habitual, el conocimiento de la enfermedad, la revisión periódica del nivel de glucosa en la sangre, la revisión médica frecuente y el seguimiento de instrucciones sobre el uso de medicamentos, son las acciones primordiales para lograr el control de la enfermedad (Manual de orientación alimentaria para personas con diabetes mellitus tipo 2, 2002).

Dieta. La dieta o alimentación de cada paciente debe ser de acuerdo con su peso, talla y actividad que realice, sin embargo, generalmente es baja en azúcar y grasa y alta en fibra y almidones. Estos alimentos deben tomarse en intervalos regulares, a la misma hora todos los días y no suspender ninguna comida (Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud: para la vida, 1997).

La pérdida de peso mejora de manera notable el estado de resistencia a la insulina y su secreción, al disminuir el nivel de glucosa en sangre se retrasa las complicaciones ocasionadas por la hiperglucemia; de ahí la importancia de una dieta que ayude a mantener los niveles normales de glucosa en sangre (Frans, Horton & Bantle, 1994).

Ejercicio. El ejercicio diario es parte del tratamiento, ya que haciéndolo regularmente ayuda a utilizar la glucosa adecuadamente, reduce la necesidad de insulina, controla el peso y disminuye el estrés, el mejor momento para hacerlo es una o dos horas después de comer y con duración de 15 a 20 minutos al día. En muchos casos, con sólo bajar de peso a través de una mayor actividad física se disminuyen los síntomas y mejora notablemente la salud. El ejercicio debe ser adaptado a las características de la persona.

Fármacos. El médico indicará al paciente si debe tomar pastillas o aplicarse insulina cuando observe que la dieta y el ejercicio no son suficientes para controlar la cantidad de glucosa en la sangre. Los fármacos deben administrarse regularmente y no substituyen a la dieta y al ejercicio (Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud: para la vida, 1997).

↳ Aspectos psicológicos.

Un diagnóstico de diabetes tiene implicaciones en el funcionamiento social y psicológico de los pacientes, ya que como todos los padecimientos crónicos, es una enfermedad que obliga a cambiar radicalmente el estilo de vida y su aceptación es siempre compleja, sobre todo porque los pacientes saben que esta enfermedad se asocia con complicaciones tardías y reduce su esperanza de vida (García, 2003; Oviedo, 2003).

Se requiere dedicar tiempo y energía para conseguir que el paciente controle la enfermedad, que se puede lograr cuando los pacientes relacionan acontecimientos específicos de la diabetes con las creencias pre-existentes, pensamientos, sentimientos y conductas. Además, la diabetes se asocia frecuentemente con la presencia de trastornos psicológicos que pueden obstaculizar la habilidad de los pacientes para conseguir un autocontrol óptimo; aunado con esto se presentan reacciones psicológicas no adecuadas al experimentar los síntomas de la diabetes. Por lo tanto, se trata de una influencia bidireccional donde la diabetes influye la salud psicológica y ésta a su vez en la habilidad para hacer frente a las demandas de autocontrol.

La diabetes depende de un proceso complejo de autorregulación conductual, por lo que actualmente se habilita al paciente para adaptar la diabetes a su vida, de tal forma que la mayoría de las estrategias de intervención psicológica promueven el autocontrol de la enfermedad y minimizan los problemas psicológicos que son resultado de la enfermedad. Para poder lograrlo es importante identificar los factores que facilitan o

interfieren con el tratamiento, estos factores pueden pertenecer a tres áreas: cognitiva, emocional y conductual (García, 2003).

Área Cognitiva.

Las creencias de salud/enfermedad; la percepción de poca autoeficacia, las ideas irracionales sobre la salud caracterizadas por distorsiones cognitivas (por ejemplo, minimización de riesgo personal); los pensamientos automáticos relacionados con la aceptación y no aceptación de la enfermedad y su curso, se relacionan con problemas emocionales y conductuales que influyen de manera importante en el autocontrol de la diabetes (Christenson, Moran & Wiebe, 1999; Robiner & Keel, 1997).

Los problemas en el autocontrol usualmente se relacionan con pensamientos que minimizan la importancia o acentúan los aspectos negativos del mismo. Los esquemas perfeccionistas, fatalistas, pesimistas u optimistas preexistentes a la enfermedad también modulan el impacto de las demandas de manejo (García, 2003).

Área emocional.

Los sentimientos de tristeza y la depresión de los pacientes diabéticos son mediados por la preocupación por las pérdidas asociadas con el diagnóstico de diabetes y el impacto en el estilo de vida del paciente. La presencia de depresión clínica que ocurre entre el 15 y un 20% de los pacientes interfiere con el adecuado autocontrol y control glicémico (Christenson, Moran & Wiebe, 1999). Aunque existe una asociación entre hiperglucemia y depresión, los mecanismos causales son poco claros (Lustman, et al., 2000).

Los síntomas depresivos tal como la motivación y energía reducida pueden tener un impacto negativo en el automanejo, pero la presencia de hiperglucemia crónica y el miedo a las complicaciones pueden desencadenar sentimientos de incapacidad y desesperanza. Hay también evidencia de que la depresión tiende a preceder la aparición de la diabetes (Lustman, et al., 2000).

No se ha profundizado en el estudio del impacto que tienen los trastornos de ansiedad en el autocontrol, sin embargo, la ansiedad se encuentra asociada con un pobre control metabólico probablemente porque interrumpe la habilidad del paciente para manejar las conductas de autocuidado (García, 2003).

Área Conductual.

El control de la diabetes exige al paciente ejecutar un número importante de conductas, que se denominan adherencia al tratamiento, entre ellas se encuentran las

acciones primordiales para lograr el control de la enfermedad mencionadas anteriormente.

Que el paciente realice estas conductas depende de la información que tiene sobre su padecimiento y del conocimiento que tiene para llevarlas a cabo.

Algunos aspectos del tratamiento de la diabetes como el cambio de hábitos alimenticios y de actividad física son más difíciles que otros como tomar medicamentos o aplicarse insulina. Además puede existir otro tipo de complicaciones para presentar las conductas de autocuidado, por ejemplo, en el caso de la hipoglucemia, los pacientes en ocasiones perciben los síntomas pero no actúan en función de estos y otros difícilmente logran distinguir los síntomas característicos de este estado o los relacionan con otros factores.

2.3. Hipertensión

↳ *Definición y clasificación.*

La presión arterial está determinada por la fuerza con que la sangre presiona las paredes de las arterias, depende del gasto cardíaco (cantidad de sangre bombeada por el corazón en un minuto) y la resistencia de las arterias al paso de la sangre (resistencia vascular). La presión sistólica o máxima corresponde al momento de la sístole o contracción, mientras que la presión diastólica o mínima corresponde a la diástole o relajación del corazón (cuando recibe sangre en sus cámaras antes de expulsar en la sístole) (García, 2000).

La hipertensión es una enfermedad crónica que se presenta cuando la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud, no presenta síntomas durante mucho tiempo, por esto se le llega a nombrar "el asesino silencioso". Es una elevación anormal de la presión dentro de las arterias. La presión arterial elevada se define como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mm/Hg, una presión diastólica en reposo superior o igual a 90 mm/Hg, o la combinación de ambas, en la hipertensión ambas son elevadas (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

La hipertensión arterial se clasifica para efectos de diagnóstico y tratamiento en presión arterial normal, elevada normal, hipertensión leve, moderada, grave y muy grave (ver Tabla 2).

Tabla 2

Clasificación de la hipertensión arterial para efectos de diagnóstico y tratamiento*.

Categoría	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Presión arterial normal	Inferior a 130 mm/Hg	Inferior a 85 mm/Hg
Presión arterial elevada normal	130-139	85-89
Hipertensión (leve) fase 1	140-159	90-99
Hipertensión (moderada) fase 2	160-179	100-109
Hipertensión (grave) fase 3	180-209	110-119
Hipertensión (muy grave) fase 4	Igual o superior a 210	Igual o superior a 120

*Programa de Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001

Su clasificación según la etiología es la siguiente.

1. *Hipertensión arterial secundaria*. Es la hipertensión de causa conocida, se encuentra aproximadamente entre el 5 y el 10% del total de los hipertensos. Es importante diagnosticarla porque algunos casos pueden curarse con cirugía o con tratamiento médico específico. Puede ocasionarse por vasoconstricción que provoca el aumento de la resistencia vascular periférica total, o por combinación de sobrecarga de volumen y vasoconstricción.

2. *Hipertensión arterial primaria*. La hipertensión arterial primaria (idiopática o esencial) la padece aproximadamente del 90 al 95% de los hipertensos. Este término significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente. La etiopatogenia no se conoce aún pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en su desarrollo. La hipertensión arterial puede afectar el corazón al aumentar su trabajo y lesionar las propias arterias por la presión excesiva (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

↓ Síntomas

La hipertensión primaria es asintomática hasta que se desarrollan complicaciones. Los síntomas y signos son específicos y derivan en complicaciones en órgano blanco; no son propios de la hipertensión, ya que pueden desarrollarse signos y síntomas similares en los normotensos. El vértigo, rubor facial, cefalea, epistaxis, fatiga y el nerviosismo surgen cuando se presentan complicaciones de la hipertensión (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

↓ *Complicaciones*

El riesgo de los pacientes hipertensos es en relación con las enfermedades cardiovasculares. Se determina no sólo por el nivel de su presión arterial sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos blanco o de otros factores de riesgo como el tabaquismo y la diabetes, entre otros (Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial, 1999).

Una de las complicaciones más importantes de la hipertensión arterial es la enfermedad cardíaca la cual es la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados. Además la hipertensión arterial sostenida lleva a la angina de pecho, y a partir de ésta la persona está propensa al ataque cardíaco. También incrementan los riesgos de presentar arteriosclerosis, hipertrofia ventricular izquierda, enfermedades coronarias, ataques cardíacos y alteraciones renales.

En la Tabla 3 se muestran las manifestaciones de enfermedad que pueden presentarse en el corazón, el cerebro, los arterias periféricas, los riñones y los ojos.

Tabla 3
Enfermedad de órganos blanco debidas a la hipertensión arterial.

Sistema orgánico	Enfermedades
Cardíaco	Enfermedad coronaria.
	Hipertrofia ventricular izquierda
	Disfunción ventricular izquierda
	Insuficiencia cardíaca
	Isquemia miocárdica
Cerebrovascular	Accidente isquémico transitorio
	Trombosis o hemorragia cerebral (stroke)
	Encefalopatía hipertensiva
Vascular periférico	Aneurisma
	Arteriosclerosis
Riñón	Insuficiencia renal
Ojo	Retinopatía hipertensiva

↓ *Etiología*

Kaplan (1997) señala como las causas más comunes de la hipertensión secundaria a las renales y endocrinas. En el caso de la hipertensión primaria se considera que es la interacción de diversos factores, como el genético (la probabilidad asociada en familias es

de 25%), la hiperactividad nerviosa simpática y obesidad, que son los que la precipitan. Otros factores dependen directamente de los hábitos y estilos de vida del paciente, como la dieta (principalmente alta en grasa y sal y baja en potasio); la exposición reiterada a situaciones estresantes y adicciones como el tabaco y el alcohol.

↓ *Incidencia y prevalencia*

Según estimaciones de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia de hipertensión arterial es alrededor de 26.6%, lo que significa que existen actualmente alrededor de 10 millones de personas con hipertensión en nuestro país. A partir de los 50 años de edad cerca de la mitad de la población presenta hipertensión arterial (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001)

En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 30.05%, para el sexo masculino de 34.2% y en el femenino es de 26.3%. La prevalencia de la hipertensión aumenta en cada grupo de edad, aparece desde la juventud hasta llegar a afectar a más de la mitad de la población, después de los 55 años de edad. Esta situación es reflejo de los factores de carácter ambiental que actúan de manera sinérgica a lo largo de la vida (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

↓ *Tratamiento*

La hipertensión es una enfermedad controlable, en la cual el tratamiento puede variar de una persona a otra, dependiendo de su edad, sexo, peso y tipo de actividad, entre otros aspectos. El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones. Mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

El apego a la guía de alimentación, el ejercicio habitual, el conocimiento de la enfermedad, la revisión médica frecuente y el seguimiento de instrucciones sobre el uso de medicamentos, son las acciones primordiales para lograr el control de la enfermedad (Manual de orientación alimentaria para personas con diabetes mellitus tipo 2, 2002).

Dieta. La dieta o alimentación de cada paciente debe ser de acuerdo con su peso, talla y actividad, sin embargo generalmente es baja en sal y grasa y alta en fibra y potasio. En caso de sobrepeso y presión arterial alta se aconseja reducir el peso hasta su nivel ideal. Son importantes los cambios en la dieta en personas con hipertensión que son obesas o que tienen valores de colesterol altos, para mantener un buen estado de salud

cardiovascular en general. Si se reduce el consumo de sodio a menos de 2.3 gramos o de cloruro de sodio a menos de 6 gramos al día (manteniendo un consumo adecuado de calcio, magnesio y potasio) y se reduce el consumo diario de alcohol a menos de 75 mililitros de vino, o 65 mililitros de whisky, puede que no sea necesario el tratamiento farmacológico (Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud: para la vida, 1997).

Ejercicio. Es muy útil aumentar la actividad física (35 a 45 minutos la mayoría de los días de la semana, 5 a 7 días/semana), hacer ejercicios aeróbicos moderados. Realizar ejercicio controla el peso y disminuye el estrés. Las personas con hipertensión esencial no tienen que restringir sus actividades si tienen controlada su presión arterial (Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud: para la vida, 1997; Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

Fármacos. El tratamiento farmacológico debe de ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, indicaciones y contraindicaciones, efectos adversos, interacciones farmacológicas, enfermedades concomitantes y costo económico (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

↳ Aspectos psicológicos.

Entre los factores de riesgo asociados con la enfermedad están la obesidad, la falta de ejercicio, el abuso de alcohol o el consumo excesivo de sal en la dieta, el estrés y el poco control emocional. Algunos comportamientos y grados de activación ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana provocan incrementos de la presión arterial, lo que en función de las variables individuales de predisposición, podría desencadenar un trastorno de hipertensión.

Los factores psicológicos juegan un papel muy importante en el desarrollo y evolución de la hipertensión. Labiano y Brusasca (2002), afirman que existe interacción entre los factores causales de la hipertensión arterial; que los rasgos psicológicos juegan un papel importante solos o cuando actúan en combinación con factores psicológicos y ambientales. Señalan que las emociones (variables psicológicas) como el enojo manifiesto o encubierto, la hostilidad, el estrés y los estilos de afrontamiento, como rasgo distintivo de la personalidad de individuos hipertensos, son factores de potencial importancia en el desarrollo de la hipertensión arterial. Otros estudios han observado que ciertas emociones negativas, conductas agresivas y hostiles o la conducta Tipo A tienen relación con esta enfermedad. Sin embargo, no hay suficientes estudios que concluyan

los mismos resultados, es decir, que muestren claramente la interacción entre rasgos de personalidad, estados psíquicos e hipertensión arterial.

La presencia de aspectos psicológicos en la etiología de la hipertensión esencial, las dudas sobre la conveniencia de que los pacientes hipertensos tomen medicamentos, y el papel que juegan las emociones en el mantenimiento de la hipertensión justifican que el tratamiento incluya una aproximación psicológica cognoscitivo-conductual para evaluar y entender los procesos individuales de los pacientes con la enfermedad, y así desarrollar tratamientos eficaces para la hipertensión esencial.

La evaluación conductual de la hipertensión esencial incluye una valoración de los niveles de presión arterial, de la evolución de la enfermedad, cronicidad y repercusiones orgánicas debidas a la hipertensión arterial, así como la evaluación de las variables psicológicas: estilo de afrontamiento, habilidades sociales, habilidades de autocontrol, capacidad para resolver problemas, incidencia de situaciones estresantes, rasgos de personalidad como la hostilidad, ira o ansiedad o patrones de conducta como el Tipo A, hasta aquellos hábitos conductuales como los hábitos alimenticios inadecuados, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el consumo de sustancias cardioactivas y la falta de ejercicio físico.

Existen dos formas de intervención cognitivo-conductual para ayudar a los pacientes hipertensos a modificar su presión arterial y mantenerla en niveles adecuados: tratamientos directos y tratamientos indirectos.

Los tratamientos directos aplican diversas formas de entrenamiento con retroalimentación biológica de la propia presión arterial y, más recientemente, otros parámetros hemodinámicos como la velocidad de la onda de pulso o la frecuencia cardíaca. Al utilizar estas técnicas se ha encontrado reducción en las medias de presión arterial asociada con una mejoría en la hipertensión, sin embargo los datos son escasos y las técnicas han presentado algunas dificultades, por ejemplo, se requiere de mediciones cotidianas que en algunos casos resultan costosas y complejas, ya que los instrumentos de uso sencillo, como el baumanómetro, no proporcionan al paciente información de manera continua sobre su presión arterial, lo que dificulta la retroalimentación biológica. Los tratamientos indirectos, aunque no modifican directamente los niveles de presión arterial, intentan cambiarlos mediante la desactivación fisiológica (al aplicar técnicas de relajación) y el control de los comportamientos relacionados con la elevación de la presión arterial. Estos cambios de comportamiento abarcan tanto modificaciones en la alimentación o en la práctica del ejercicio físico, así como modificaciones en el modo de percibir y afrontar las situaciones. Dentro de las intervenciones para lograr estos cambios en el comportamiento está el establecimiento de una dieta hipocalórica, control del

consumo de sodio y el incremento en el ejercicio a través de alguna o varias de las siguientes técnicas: educación dietética, técnicas de autocontrol, control de estímulos, solución de problemas y autoinstrucciones. Los resultados al aplicar de manera independiente las intervenciones para disminuir el peso, incrementar la actividad física y el control de consumo de sodio reportan una disminución de la presión arterial, sin embargo, se ha encontrado mayor eficacia al combinar dichas intervenciones a pesar de que relativamente son más costosas y complicadas. (García-Vera & Sanz, 1993).

3. Adherencia terapéutica

3.1. Definición

La efectividad de un tratamiento médico para padecimientos crónicos depende en gran medida de que el paciente siga las instrucciones médicas para el cambio; el incumplimiento de éstas es muy frecuente y tiene como consecuencia la exacerbación de los problemas o la progresión de la enfermedad. La incapacidad del paciente para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema de importancia universal en todos los niveles y especialidades de la atención a la salud (Macía, & Méndez, 1996; Rodríguez, 1999); por lo tanto diversos autores han dirigido su atención al estudio de la adherencia terapéutica y la definen de la siguiente forma:

Macía y Méndez (1996) mencionan que es un fenómeno complejo que comprende desde el inicio del tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo; para estudiarlo y entenderlo, se parte de la premisa de que es una conducta que está sujeta a las leyes del aprendizaje.

Epstein y Cluss (1982; *cit. en* Buela-Cassal, Caballo, & Sierra, 1996) definieron adherencia o cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido.

Meichenbaum y Turk (1987; *cit. en* Buela-Cassal, *et al.*, 1996) la definen como el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coinciden con la indicación médica o de la salud. Estos autores hacen una distinción entre los términos cumplimiento y adhesión; el primero, coincide con la definición anterior de Epstein y Cluss, que implica un papel pasivo en el que el paciente sigue fielmente las directrices recibidas; el segundo, más ampliamente admitido, tendría una implicación más activa y de colaboración voluntaria del sujeto.

La adherencia abarca una variedad de conductas entre ellas: 1) iniciar y continuar un programa de tratamiento, 2) asistir a consulta o citas de seguimiento, 3) tomar correctamente la medicación prescrita, 4) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control del estrés, alimentación, ejercicio físico, etc.), 5) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, 6) evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber alcohol, etc.) (Meichenbaum & Turk, 1987, *cit. en* Buela-Cassal, *et al.*, 1996; Rodríguez, 1999).

Para este estudio se tomó las definiciones de adherencia terapéutica propuestas por Macía y Méndez (1996) y Meichenbaum y Turk (1987); en las que se considera como el

grado en que conductas tales como tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida coinciden con la indicación médica o de la salud desde el inicio del tratamiento hasta la continuidad y conclusión del mismo; además de que dichas conductas están sujetas a las leyes del aprendizaje.

3.2. Incidencia

El nivel de adherencia al régimen varía dependiendo del tipo de tratamiento. Las tasas más altas de adherencia se dan en tratamientos con efectos directos sobre los síntomas de la enfermedad (inyecciones, quimioterapia) programas de tratamiento con altos niveles de supervisión y monitoreo, y en condiciones de un ataque agudo. En contraste, las tasas bajas de adherencia ocurren con pacientes que tienen desórdenes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estilo de vida y cuando el resultado es la prevención y no el alivio del síntoma (Rodríguez, 1999).

La falta de adherencia se estima en un 20% para tratamientos cortos, 50% para tratamientos prolongados en condiciones crónicas, y 70% para tratamientos prolongados con periodos asintomáticos (Safren, 1999).

En cuanto a los pacientes con diabetes mellitus se calcula que sólo el 7% de ellos se adhieren a todas las recomendaciones necesarias para el adecuado control de la enfermedad (Cerkoney & Hart, 1980). En un estudio realizado por Watkins, Robert, Williams, Martín y Coyle (1967) el 80% de pacientes diabéticos se administró incorrectamente la insulina, el 73% no siguió las instrucciones en su dieta, 50% no realizó los cuidados adecuados del pie y el 45% no hizo la prueba de orina correctamente; todo lo cual podría acelerar la presencia de complicaciones de la enfermedad.

El 50% de los pacientes recién diagnosticados con hipertensión no acuden a la consulta a la que son referidos. Más del 50% de los pacientes que buscaron tratamiento abandonaron sus cuidados en el lapso de un año. En aquellos que permanecen en tratamiento, solo dos tercios consumen suficiente medicación para controlar adecuadamente su presión sanguínea (Vetter, Ramsey, Luscher, Schrey & Vetter, 1985).

La tasa promedio de adherencia entre los ancianos es de 45%, con un rango de 38 al 57%. La no adherencia en este grupo usualmente toma la forma de sub-uso intencional de la medicación prescrita (Amaral, 1986; *cit. en* Rodríguez, 1999). Como en otras edades el grado de adherencia depende del padecimiento que se esté tratando y de la complejidad del régimen.

3.3. Factores que afectan la adherencia

Las conductas de no adherencia a las prescripciones médicas frecuentemente están asociadas con la ignorancia, convicciones o creencias o por actitudes de los pacientes mismos o de las personas con quienes viven, falta de motivación y de habilidades de autocontrol, dificultad para cambiar hábitos de vida. En otras ocasiones se ven afectadas por factores de naturaleza socioeconómica, educativa o demográfica. En general, los factores que afectan positiva o negativamente a la adherencia terapéutica a tratamientos prolongados se pueden dividir en factores atribuibles al paciente, al padecimiento mismo, al equipo de salud o a otras fuentes. Los primeros cuatro factores probablemente son el resultado de unir la influencia de un bajo nivel de educación en la población a la que el paciente pertenece, y una comunicación defectuosa o ausente con el equipo de salud profesional acerca de la condición médica (Sánchez-Sosa, 2002).

3.3.1 Factores relacionados con el paciente.

- a) Poca o ninguna educación (conocimiento) acerca de la enfermedad y su tratamiento.
- b) Las creencias disfuncionales relacionadas con la enfermedad o su tratamiento.
- c) Las actitudes negativas del paciente hacia el tratamiento o del personal de salud y de los familiares que cuidan al paciente.
- d) Deficiencias instrumentales (carencia de destrezas concretas) para que el paciente se involucre en su tratamiento.
- e) Poco o ningún apoyo familiar para facilitar el tratamiento (Sánchez-Sosa, 2002).

3.3.2. Factores relacionados con la enfermedad.

Es probable que ciertas características de la historia natural o de la evolución de algunas condiciones médicas influyan sobre la adherencia al tratamiento. Tales características pueden incluir:

- a) Estados emocionales inducidos por la enfermedad incompatibles con la adherencia al tratamiento (como las reacciones depresivas).
- b) Co-morbilidad con desórdenes psiquiátricos.
- c) Efectos colaterales del tratamiento.
- d) Padecimientos que requieren de tratamientos con requisitos de respuesta elevados (demandantes y complejos) (Sánchez-Sosa, 2002).

3.3.3. Factores relacionados con el equipo de salud.

- a) Falta de expertos conductuales en instituciones para el cuidado de salud.

- b) Carga excesiva de trabajo del personal de salud y de los familiares que cuidan al paciente.
- c) La promoción de adherencia está ausente de las descripciones del trabajo - las políticas del equipo de salud.
- d) Poco o ningún entrenamiento de médicos, enfermeras, asistentes sociales, etc. acerca de la adherencia al tratamiento.
- f) Creencias distorsionadas del personal de salud y de los familiares que cuidan al paciente acerca de la adherencia.
- g) La actitud negativa del personal de salud y de los familiares que cuidan al paciente (Sánchez-Sosa, 2002).

3.4. *Medición de la adherencia terapéutica*

Dumbar, Duming y Dwyer (1989) clasifican diversas técnicas para medir la adherencia a un tratamiento, en:

- **Métodos directos.** Mediante éstos la conducta se observa o registra inmediatamente después de que ocurre; los más comunes son la observación y el monitoreo biológico directo.
- **Métodos indirectos.** Con estos métodos la conducta está sujeta a un mayor grado de inferencia; los más frecuentes son la entrevista, cuestionarios, autoregistro, aparatos de monitoreo de medicamentos, recuento de tabletas o supervisión de envases preescritos, estimación del terapeuta en función de resultados obtenidos.

La elección de una medida de adherencia terapéutica dependerá principalmente del tipo de conducta, el costo, los recursos disponibles, las capacidades del paciente y del nivel de exactitud esperado (Dumbar, Duming & Dwyer, 1989).

La medida más utilizada para la evaluación de la adherencia terapéutica ha sido el autoregistro, sin embargo, en ocasiones se le ha considerado como poco confiable, ya que la deseabilidad social podría influir sobre las respuestas o autorregistros de los pacientes, o simplemente llenarlos incorrectamente (Dumbar, Duming & Dwyer, 1989).

Diversas investigaciones han demostrado la eficacia de los autoregistros para evaluar la adherencia terapéutica (Rodríguez, 1986), en México los autoregistros son el método más utilizado para evaluar la adherencia terapéutica, principalmente en enfermedades crónico degenerativas (Carballido, 2003; Ceballos & Laguna, en prensa; Lobato, 2001; Riveros 2002).

3.5. Intervenciones en adherencia terapéutica

Los problemas de adherencia terapéutica ha sido una de las líneas de desarrollo de la medicina conductual. Estas investigaciones se han realizado sobre todo con pacientes crónico-degenerativos, debido a que en la actualidad cada vez más población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del Sector Salud (Programa de salud del adulto y del anciano, S.S.A., 1995).

La adherencia terapéutica es el factor más importante para tener control adecuado de las enfermedades crónico degenerativas y ayudar a evitar o retardar la presencia de posibles complicaciones. Debido a la importancia de este factor, se han realizado diferentes estudios basados en técnicas cognoscitivo-conductuales que prueban la eficacia de programas de intervención para fomentar la adherencia a los tratamientos médicos.

Sheryl, et. al. (2000) hicieron una investigación de adherencia terapéutica a los nuevos tratamientos médicos para pacientes con VIH en la cual encontraron que las barreras frecuentes para la adherencia en estos pacientes son la preocupación por tomar los medicamentos como recordatorio de presencia de la enfermedad (89%), el que se den cuenta las demás personas que están enfermos (71%) y dificultad de comunicación con el personal médico –instrucciones complejas para la toma de medicamentos- (63%); estos hallazgos señalaron la necesidad de ayudar a los pacientes a tomar adecuadamente sus medicamentos. Los autores realizaron una intervención en la que usaron estrategias para establecer regímenes de toma de medicamentos y una adecuada comunicación médico paciente; encontraron que el conocimiento sobre la manera correcta de tomar los medicamentos es el primer paso hacia la adherencia; así mismo los participantes informaron que sus estilos de vida se modificaron.

Lilt, Kleppinger y Judge, (2002) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar si las variables del modelo de aprendizaje social predecían o facilitaban el inicio y mantenimiento de un programa de ejercicio a largo plazo en adultos mayores con osteoporosis; las variables estudiadas fueron autoeficacia, apoyo social y tiempo para iniciar un programa de ejercicio. Los autores encontraron que el menor tiempo para iniciar la actividad física y el apoyo social predijeron iniciar el programa de ejercicio, la autoeficacia predijo el mantenimiento de la conducta, y el apoyo social específico fue el mejor predictor de la conducta durante 12 meses después del programa.

Feifer y Tansman (1999) realizaron una investigación con pacientes diabéticos para fomentar la adherencia terapéutica, su intervención consistió en que el paciente aceptara su enfermedad, dotarlo de habilidades para el autocuidado y quitar las barreras psicológicas (creencias) que impiden el control de la enfermedad. Las principales técnicas

que utilizaron para esta intervención fueron educación para la salud, entrenamiento en habilidades sociales para el cuidado de la salud y entrenamiento en habilidades de autocuidado. Los resultados demostraron cambios en el estilo de vida, aumento en interés por el autocuidado, aceptación de la enfermedad y un mayor control metabólico; los autores concluyen que el principal factor de la no adherencia es la individualización y complejidad de los tratamientos.

En México se han realizado varias investigaciones para analizar los efectos de una intervención cognoscitivo conductual sobre la calidad de vida y la adherencia terapéutica en pacientes crónico degenerativos (diabéticos e hipertensos). Las intervenciones consisten en seguir el protocolo para la promoción de adherencia terapéutica "Life Steps" de Safren (2001), susceptible de aplicarse a todas las enfermedades. Los resultados reflejan incremento en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, así como reducción de niveles de ansiedad y depresión en pacientes con tiempos de evolución de la enfermedad que oscilan entre seis y catorce años; esto implica un componente costo-beneficio positivo para intervenciones de esta naturaleza (Carballido, 2003; Ceballos & Laguna, en prensa; Lobato, 2001; Riveros, 2002; Robles, 2002). Estas investigaciones muestran relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida, ya que la facilitación del seguimiento de las indicaciones médicas se asocia con mejor percepción de la calidad de vida.

Otras intervenciones cognoscitivo conductuales para promover la adherencia se basan en el Modelo Transteórico [(MT) de Prochaska y DiClemente, 1982] como esquema para entender el problema de adherencia al tratamiento y como guía en la intervención para promover cambio de hábitos. Este modelo es una aproximación al problema de los hábitos patógenos de la diabetes mellitus tipo 2, que tiene como finalidad conseguir el cambio motivacional a través de la supresión permanente de hábitos patógenos (Murguía, 2001).

También se han diseñado programas con la finalidad de promover la adherencia al tratamiento de los pacientes de manera grupal, por ejemplo Hernández (2001) diseñó y evaluó un Taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2 el cual consistió en brindar información sobre la enfermedad y proporcionar recomendaciones sobre actividad física, nutrición y seguimiento de indicaciones médicas, además de enseñar una rutina de ejercicio y entrenamiento en relajación. Encontró que la formación de grupos educativos para el autocuidado de la salud es una estrategia de intervención que facilita al paciente diabético la comprensión de su enfermedad y promueve su participación en el tratamiento que tiene como consecuencia el adecuado control de los niveles de glucosa y la disminución de ansiedad.

Los talleres grupales son una técnica de bajo costo, que ofrece ciertas ventajas, ya que cada paciente aporta su experiencia al grupo al mismo tiempo que aprovecha y aprende de la experiencia de otros, lo que favorece el aprendizaje. La interacción entre personas que tienen la misma enfermedad es conveniente para obtener apoyo emocional y enriquecer las relaciones interpersonales –redes de apoyo–.

Es importante considerar los factores propios de la etapa de la vejez (por ejemplo: disminución de la memoria a corto plazo, dificultades para entender las indicaciones médicas, limitaciones físicas, alimentación especial, etc.), sin embargo en la literatura que se consultó no se encontró programas que tomen en cuenta características y necesidades de los adultos mayores para promover la adherencia al tratamiento.

4. Calidad de vida

4.1. Definición

La calidad de vida, como objeto de estudio de la psicología, se ha perfilado como componente central del bienestar humano, relacionada a su vez con aspectos como la salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control, la autoeficacia, y el desarrollo de habilidades sociales (González-Celis & Sánchez Sosa, 2003).

El concepto calidad de vida es abstracto y multidimensional, es por esto, que numerosos autores coinciden en que no hay una definición consensual de calidad de vida. Sin embargo, históricamente la calidad de vida se ha vinculado con factores económicos y sociales (Andrews & Withey, 1974; Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Un cambio positivo en alguno de estos factores, como efecto de una intervención, se veía como un indicador de mejoría en la calidad de vida. Recientemente se han desarrollado definiciones más incluyentes de calidad de vida, tales como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos: "calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses" (Harper & Power, 1998).

La Organización de las Naciones Unidas define la calidad de vida como "una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo", sus principales componentes son: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi & Anderson, 1975).

Andrews y Withey (1974) proponen que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por parte del individuo. En esta dirección la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.

En México, Palomar (1995), ha considerado que la calidad de vida es el nivel de satisfacción que informa un individuo de acuerdo con la importancia que concede a cada una de las áreas que conforman su vida.

Katsching (2000, *cit. en* González-Celis & Sánchez Sosa, 2003) propone que la calidad de vida debiera relacionarse con bienestar psicológico, funcionalidad social y emocional, estado de salud, satisfacción con la vida, apoyo social y el nivel de vida. Su medición incluiría indicadores objetivos y subjetivos de funciones físicas, sociales y emocionales de los individuos.

Para valorar la calidad de vida en los adultos mayores, se debe tomar en cuenta los cambios biológicos, psicológicos y sociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento. En este proceso los recursos materiales, biológicos, sociales y psicológicos disminuyen, lo que puede afectar la percepción de bienestar; sin embargo, estos cambios no siempre implican un deterioro del bienestar subjetivo, ya que los adultos mayores pueden reorganizar su escala de aspiraciones y reubicar sus pérdidas para mantener sus niveles de bienestar (González-Celis & Sánchez Sosa, 2003).

A pesar de que son pocos los estudios de calidad de vida en adultos mayores, actualmente, debido al proceso de envejecimiento acelerado en algunos países, se ha mostrado mayor interés por el bienestar de esta población, una muestra es la presente investigación.

Para propósitos de este estudio se adopta la definición de calidad de vida propuesta por la Organización de las Naciones Unidas, que contempla la percepción de bienestar de cada individuo en diferentes áreas de su vida.

4.2. Medición de la calidad de vida

La calidad de vida es una medida que muestra el grado en que el individuo percibe satisfacción de sus necesidades: físicas, sociales, psicológicas, es decir, de todo tipo, sean materiales o no materiales (González-Puente, 2001). Pueden identificarse tres aspectos fundamentales en la medición de la calidad de vida, a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada con la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad (González-Celis, 2002).

Para evaluar calidad de vida es importante incluir escalas que midan las diferentes dimensiones de salud, entre ellas salud física (listas de verificación), salud mental (escalas de depresión, ansiedad, etc.) y el aspecto social (Vries, 2001).

Existen dos aproximaciones para medir la calidad de vida relacionada con salud (Health Related Quality of Life, HRQOL), estas son:

1. Evaluación psicométrica: es la más común para medir HRQOL, ya que incluye múltiples dimensiones referentes a la salud. Las pruebas psicométricas son pruebas de papel y lápiz y pueden ser autoadministradas, el tipo de respuesta puede indicar frecuencia y/o intensidad de síntomas o conductas (Vries, 2001). Los instrumentos que se han desarrollado bajo esta aproximación se pueden dividir en cuestionarios generales, específicos de la enfermedad y de dominio específico.

- Los cuestionarios generales: evalúan el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad, grupo de edad, grupo cultural y demográfico; este tipo de

cuestionarios son necesarios para comparar resultados de intervenciones en diferentes poblaciones, particularmente para estudios de costo-beneficio.

- Los cuestionarios específicos de la enfermedad: miden la calidad de vida en poblaciones con un diagnóstico específico; a menudo miden la sensibilidad al tratamiento o los cambios clínicamente importantes. Se enfocan en el funcionamiento de un área o en problemas que son específicos de la enfermedad, además evalúan los estados y preocupaciones específicos de los grupos que se diagnostican (Sieber & Kaplan, 2001).

2. Medición basada en utilidad: es una forma de evaluar la efectividad del tratamiento mediante el examen de la utilidad de las intervenciones (Vries, 2001).

A pesar de que existen diversos estudios sobre calidad de vida y salud, hay pocos instrumentos de medición específicos que consideren variables como la edad, las características de una enfermedad o los cambios propios de la etapa de desarrollo –por ejemplo, la vejez- y que además cuenten con validez y confiabilidad.

No se encontró un instrumento que permitiera medir la calidad de vida en el adulto mayor con alguna enfermedad crónica degenerativa, por lo que para fines de esta investigación se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (Sánchez-Sosa & Hernández, 2001), un instrumento que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud de manera general, toma en cuenta el funcionamiento de los pacientes, además de que tiene las ventajas de la aproximación psicométrica: se puede obtener frecuencia e intensidad de síntomas y conductas.

4.3. Intervenciones terapéuticas en calidad de vida

El incremento de la esperanza de vida exige a la sociedad y a los profesionales de la salud tomar en cuenta las discapacidades que el anciano pueda sufrir y realizar esfuerzos para lograr y mantener la calidad de vida de este grupo de población que aumenta con rapidez.

Las intervenciones terapéuticas para mejorar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas degenerativas pueden dividirse en farmacológicas y psicológicas, las primeras se refieren a los efectos que tienen los medicamentos en la calidad de vida de los pacientes que los reciben y las segundas a los efectos de las intervenciones psicológicas en la percepción de bienestar subjetivo de los pacientes (Riveros, 2002).

En cuanto a los efectos de intervenciones psicológicas en enfermedades crónicas se han empleado técnicas como relajación inducida por audiograbaciones para el manejo del insomnio (Rybarczyk, López, Benson, Alsten & Stepanski, 2002), relajación muscular y

autogénica para el tratamiento de dolor crónico de espalda (Hammond, 2001), técnicas cognoscitivo conductuales para el manejo del síndrome de fatiga crónica, para restaurar la calidad de vida con pacientes con VIH SIDA (Akagi, Kilmes & Bass, 2001; Gonzáles Puente, 2001; Taylor, 1999), retroalimentación biológica para trastornos temporomandibulares (Gardea, Gatchel & Mishra, 2001), intervenciones psicosociales educativas para la diabetes, (Padgett, Mumford & Haynos, 1988, *cit en Robles, 2002*), y educación e información para el tratamiento de dolor de cabeza e hipertensión (Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova, Martínez-Beltrán, 1998, *cit en Barrera, 2002*; Solomon, 2001).

Sharpe, Sensky, Timberlake, Allard y Brewin, (2001, *cit en Robles, 2002*) encontraron que las estrategias cognoscitivo conductuales son útiles para facilitar la adaptación a la enfermedad de pacientes con artritis reumatoide. En un estudio, en el que se impartieron 8 sesiones individuales a tres pacientes, y los componentes del tratamiento fueron: 1) educación acerca de la enfermedad, 2) entrenamiento en relajación, 3) estrategias de solución de problemas, 4) explicación del modelo cognoscitivo y reestructuración cognitiva de creencias inadecuadas relacionadas con la enfermedad con base en el cuestionamiento socrático, 5) comunicación y asertividad para ayudar a los pacientes a comunicarse efectivamente con sus familiares acerca de su enfermedad, y 6) una sesión final que incluyó estrategias de prevención de recaídas y mantenimiento de ganancias.

En México, además de las intervenciones cognoscitivo conductuales sobre calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes adultos con enfermedades crónicas degenerativas –diabetes e hipertensión– (Carballido, 2003; Ceballos & Laguna, en prensa; Lobato, 2001; Riveros, 2002; Robles, 2002), recientemente se sigue una línea de investigación para evaluar y fomentar la calidad de vida en adultos mayores, un ejemplo es la investigación realizada por González-Celis y Sánchez-Sosa (2003), que tiene por objetivo examinar los efectos de una intervención cognoscitivo conductual sobre la calidad de vida de un grupo de adultos mayores; un primer estudio estableció las propiedades psicométricas de varios instrumentos para esta población y el segundo examinó los efectos de la intervención con una condición experimental y un grupo en lista de espera. Los autores concluyeron que mayores niveles de autoeficacia predicen mejor percepción de la calidad de vida.

Estos estudios revelan que actualmente la calidad de vida se ha estudiado principalmente desde un enfoque médico –se evalúa el impacto de una enfermedad crónica y de sus tratamientos sobre la calidad de vida– y en áreas específicas de estudio, como en pacientes oncológicos, con artritis, con hipertensión o diabetes. Sin embargo, el

estudio de la calidad de vida en adultos mayores con alguna enfermedad crónico degenerativa ha sido poco frecuente.

En resumen, las enfermedades crónico degenerativas tienen mayor incidencia en los adultos mayores, ya que son resultado de una mayor esperanza de vida, de los estilos de vida y practicas de salud que ha llevado la persona a lo largo de su vida, lo que da lugar a la perdida gradual de las capacidades físicas y sociales que terminan finalmente con la muerte en edades avanzadas. Por ejemplo en México las principales causas de muerte en esta población son las enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus. La situación anterior representa un problema de salud pública ya que México se enfrenta al reto de proporcionar atención integral a un importante número de personas que presentan complicaciones del padecimiento crónico debido al poco cuidado de la salud, esta atención representa un gran costo sobre todo en la atención secundaria. La presencia de complicaciones de las enfermedades crónicas se asocia con bajos índices de adherencia al tratamiento médico pues ésta genera baja eficiencia de las intervenciones del equipo de salud y relaciones costo-beneficio que resultan deficientes para cualquier sistema de salud además se relaciona a un deterioro en la calidad de vida que suele generar, además de malestar y sufrimiento innecesarios, bajo desempeño laboral y conflictos familiares.

Ante la circunstancia planteada, y dentro del ámbito médico la Psicología de la Salud juega un papel importante, ya que participa en la aplicación y desarrollo de estrategias para el manejo y tratamiento integral de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Su principal tarea consiste en promover la salud para la cual identifica los factores protectores y de riesgo, a partir de esto diseña intervenciones a nivel preventivo que incluyen la educación para la salud, entrenamiento en habilidades sociales como comunicación médico-paciente, y entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud a través de la modificación de estilos de vida.

Estas estrategias presentan la ventaja de requerir pocos recursos económicos en comparación con otros niveles de atención; forman parte de programas dirigidos a dar respuesta a los problemas relacionados con la conducta de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas y poca adherencia al tratamiento médico, su objetivo es mejorar la calidad de vida y bienestar en la vejez.

A lo largo de los antecedentes de esta investigación, se ha mencionado que diversas investigaciones han demostrado que técnicas cognitivo conductuales como la educación para la salud y la enseñanza de estrategias de autocuidado a pacientes con

enfermedades crónico degenerativas disminuyen factores de riesgo, facilitan el afrontamiento a la enfermedad, y favorecen un mejor nivel de vida. Además, cabe señalar que las técnicas conductuales son efectivas para trabajar con los adultos mayores. Por esta razón, la presente investigación tiene como finalidad diseñar y aplicar un programa de intervención educativo y de entrenamiento para el cuidado de la salud, basado en técnicas cognitivo-conductuales: "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión", con el propósito de evaluar su efectividad para incrementar el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida en los adultos mayores. Este Programa minimiza los costos individuales (facilita la modificación de estilos de vida) y sociales (gasto en salud pública), esto se logra de dos formas primero se le ayuda al paciente a modificar sus estilos de vida y seguir las indicaciones médicas, las sesiones se realizan de manera grupal para economizar esfuerzo, tiempo y dinero, es un programa de atención secundaria lo que disminuye los costos de la atención a las complicaciones.

En esta investigación se consideraron diversos niveles de análisis para la evaluación del Programa: la evaluación psicométrica y la evaluación conductual, es por esto que se utilizan dos métodos para probar el efecto del Programa sobre estas variables: la estadística y el análisis de cambios clínico.

Capítulo II. Método

Planteamiento y justificación del problema

En México ha cambiado el perfil epidemiológico en las últimas cinco décadas por un proceso de urbanización acelerado y cambios demográficos debidos en parte al control eficaz de múltiples enfermedades infecciosas y a la modificación en los estilos de vida, en consecuencia han aumentado las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer, y la diabetes, entre otras, las cuales constituyen las primeras causas de muerte de la población.

La transición demográfica y epidemiológica ha contribuido a que la esperanza de vida aumente, propiciando un paulatino proceso de envejecimiento en la población. Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más; este porcentaje se incrementará significativamente en las próximas décadas. Por este motivo a medida que el número de adultos mayores aumente, lo harán también los problemas sanitarios con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, uno de éstos es la frecuencia de las enfermedades crónico degenerativas (Programa de acción: Atención al envejecimiento, S.S.A., 2001).

El incremento de la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores requiere de una atención integral que incluya cambios preventivos en algunos hábitos y facilitar la correcta administración de los medicamentos durante la atención médica, ya que el tratamiento de estas enfermedades es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar.

Para obtener resultados favorables con el tratamiento es necesario la adherencia terapéutica, es decir, que una conducta (tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincida con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk, 1987; cit. Rodríguez, 1999). Sin embargo, la falta de adherencia a un régimen de tratamiento es un problema de gran importancia en todos los niveles y especialidades de la atención a la salud. Las tasas bajas de adherencia ocurren con pacientes que tienen desórdenes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estilo de vida, y cuando el resultado es la prevención secundaria y no el alivio del síntoma.

Ante las altas y crecientes cifras de enfermedades crónico degenerativas acompañadas de tasas bajas de adherencia terapéutica, surge la necesidad de crear programas de intervención cuyo objetivo sea mejorar la adherencia terapéutica a través de proporcionar al paciente información sobre su enfermedad y ayudarle a desarrollar

habilidades para el cuidado de su salud, por ejemplo, facilitación del seguimiento de las instrucciones médicas, de la toma de medicamentos, seguir un régimen alimenticio, realizar ejercicio, entre otras; con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

La educación para la salud y la enseñanza de estrategias de autocuidado a pacientes con enfermedades crónico degenerativas disminuyen factores de riesgo, facilitan el afrontamiento de la enfermedad, y favorecen un mejor nivel de vida (Hernández, 2001).

La presencia de enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores crea la necesidad y la oportunidad de crear y evaluar el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión", el cual es un programa educativo (proporciona al adulto mayor información acerca de su padecimiento) y de entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud (por medio de la elaboración de autoregistros, del entrenamiento en habilidades sociales y de relajación).

Objetivo

Diseñar y aplicar un programa de intervención educativo y de entrenamiento para el cuidado de la salud, basado en técnicas cognoscitivo-conductuales: "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión", con el propósito de evaluar su efectividad para aumentar el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida en los adultos mayores.

Preguntas de investigación

1. ¿De que manera el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión" modifica el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida?
2. ¿Qué diferencias existen en la eficacia del Programa de atención psicológica cuando se aplica a pacientes diabéticos y a pacientes hipertensos?

Hipótesis

Hipótesis conceptuales

- Al aplicar el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión", se aumentará el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica y mejorará el estado de salud y la calidad de vida.
- No hay diferencia en los resultados al aplicarse el "Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión", a pacientes diabéticos tipo 2 y a pacientes hipertensos.

Hipótesis estadísticas

Diabetes

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Para evitar la repetición monótona se plantea la misma hipótesis estadística para las variables: adherencia terapéutica (toma de medicamentos, ingestión de alimentos, actividad física, emociones negativas, consumo de café), nivel de glucosa, tensión arterial sistólica, presión arterial diastólica, depresión (puntajes obtenidos en la Escala de Depresión Geriátrica y puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck) y calidad de vida (puntajes obtenidos en los factores percepción de salud y bienestar, funciones cognitivas, relaciones interpersonales y percepción general de calidad de vida del Inventario de Calidad de Vida y Salud).

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores antes de iniciar el Programa de atención psicológica y después de las tres primeras sesiones.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores antes de iniciar el Programa de atención psicológica y después de las tres primeras sesiones.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores después de las tres primeras sesiones y al concluir el Programa de atención psicológica.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores después de las tres primeras sesiones y al concluir el Programa de atención psicológica.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el registro de toma de medicamentos durante la línea base / tres primeras sesiones y las cuatro sesiones intermedias del Programa de atención psicológica.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el registro de toma de medicamentos durante la línea base / tres primeras sesiones y las cuatro sesiones intermedias del Programa de atención psicológica.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el registro de toma de medicamentos de las cuatro sesiones intermedias y las cuatro últimas sesiones del Programa de atención psicológica.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el registro de toma de medicamentos de las cuatro sesiones intermedias y las cuatro últimas sesiones del Programa de atención psicológica.

Las hipótesis para el registro de toma de medicamentos se aplica a los registro de: ingestión de alimentos, actividad física, emociones negativas y consumo de café.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en la temperatura periférica de los adultos mayores antes y después del entrenamiento en relajación en cada una de las sesiones de relajación.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en la temperatura periférica de los adultos mayores antes y después del entrenamiento en relajación en cada una de las sesiones de relajación.

La hipótesis para temperatura periférica también se aplica a la variable frecuencia respiratoria.

Hipertensión arterial

Las hipótesis del grupo de diabetes se aplican al grupo de hipertensión, excepto la variable de nivel de glucosa.

Hipótesis generales

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión medido con la Escala de Depresión Geriátrica, antes del programa, entre la muestra con diabetes y la muestra con hipertensión.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión medido con la Escala de Depresión Geriátrica, antes del programa, entre la muestra con diabetes y la muestra con hipertensión.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión medido con la Escala de Depresión Geriátrica, después del programa, entre la muestra con diabetes y con hipertensión.

Hi: Si existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión medido con la Escala de Depresión Geriátrica, después del programa, entre la muestra con diabetes y con hipertensión.

Las hipótesis anteriores se sometieron a prueba también con los resultados del Inventario de Depresión de Beck y con los resultados de cada una de las sesiones de relajación, con las variables: frecuencia respiratoria y temperatura.

Variables

Variable a evaluar

Definición conceptual.

- Programa de atención psicológica a adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión. Programa de intervención psicológica basado en técnicas cognoscitivo-conductuales, educativo y de entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud.

Definición operacional.

- Programa de atención psicológica a adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión. Se aplicó en 10 sesiones programadas semanalmente, cada sesión tuvo una duración de una hora treinta minutos; cuyo contenido se especifica en la sección de procedimiento.

Variable categórica

Definición conceptual.

- Enfermedad:
 - Diabetes mellitus tipo 2. Enfermedad crónica que se caracteriza por una elevación crónica de la glucosa en la sangre, debido a una deficiente producción de insulina o a una deficiente acción de esta hormona (Feifer & Tansman, 1999; Manual de orientación alimentaria para personas con diabetes mellitus tipo 2, 2002).
 - Hipertensión. Enfermedad crónica que se presenta cuando la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud, no presenta síntomas durante mucho tiempo. La presión arterial elevada se define como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mm/Hg, una presión diastólica en

reposo superior o igual a 90 mm/Hg, o la combinación de ambas, en la hipertensión ambas son elevadas (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., 2001).

Definición operacional.

- Enfermedad:
 - Diabetes mellitus tipo 2: Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que reportaron las adultas mayores en el Cuestionario de Salud parte I.
 - Hipertensión. Diagnóstico de hipertensión esencial que reportaron las adultas mayores en el Cuestionario de Salud parte I.

Variables dependientes

Definición conceptual.

- Conocimiento de la enfermedad. Información que poseen los adultos mayores sobre su enfermedad: etiología, desarrollo, síntomas, complicaciones, factores de riesgo y protectores.
- Estado de relajación. Estado de reposo y tranquilidad en el que se disminuye la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión de la sangre, frecuencia respiratoria y aumenta la temperatura periférica.
- Adherencia al tratamiento médico. Grado en que conductas tales como tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida coinciden con la indicación médica o de la salud desde el inicio del tratamiento hasta la continuidad y conclusión del mismo; además de que dichas conductas están sujetas a las leyes del aprendizaje. (Macía y Méndez, 1996; Meichenbaum y Turk, 1987)
- Salud. El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2003).
- Depresión. Síndrome caracterizado por pensamientos negativos referidos hacia una visión negativa de sí mismo, consideración negativa del mundo y consideración negativa del futuro; actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática (Jurado, et al., 1998a)
- Calidad de vida. Bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo, sus principales componentes son: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi & Anderson, 1975).

Definición operacional para el grupo de pacientes diabéticos.

- Conocimiento de la enfermedad. Número de respuestas correctas dadas por el adulto mayor en el Cuestionario de Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2.
- Indicadores de estado de relajación.
 - 1) Temperatura periférica. Cifra en grados Fahrenheit que se obtuvo de la medición a través de un termómetro dérmico de la temperatura de las manos.
 - 2) Frecuencia respiratoria. Número de respiraciones de la persona en 15 segundos en estado de reposo, para obtener el promedio de respiraciones en un minuto.
- Adherencia al tratamiento médico. Autoregistro semanal de las siguientes conductas.
 - 1) asistencia al médico
 - 2) toma de medicamentos
 - 3) medición de nivel de glucosa
 - 4) plan alimenticio
 - 5) realización de ejercicio
 - 6) conductas de riesgo (fumar, ingerir bebidas alcohólicas, emociones negativas, desvelarse, consumo de café).
- Indicadores de salud.
 1. Nivel de glucosa en sangre. Se obtuvo manualmente mediante el uso de glucómetro.
 2. Nivel de tensión arterial. Cifras obtenidas con la medición a través de un baumanómetro. La medición fue realizada por las mismas dos investigadoras a lo largo del Programa.
 3. Peso. Cifra obtenida a través de una báscula de baño doméstica.
- Depresión. Respuestas a la "Escala de Depresión Geriátrica" y al "Inventario de Depresión de Beck" de los adultos mayores.
- Calidad de Vida. Respuestas al "Inventario de Calidad de Vida y Salud" de los adultos mayores.

Definición operacional para el grupo de pacientes hipertensos.

- Conocimiento de la enfermedad. Número de respuestas correctas dadas por el paciente en el cuestionario de conocimiento sobre la hipertensión.

Para el grupo de pacientes con hipertensión se plantean las mismas variables dependientes que en el grupo de pacientes con diabetes, excepto nivel de glucosa, por lo que las definiciones operacionales son las mismas.

Sujetos

La muestra estuvo integrada por 55 adultos mayores, 2 hombres y 53 mujeres, entre 60 y 88 años de edad, mexicanos, habitantes de la colonia Santa María Aztahuacán y del pueblo de Santa María Aztahuacán, que asisten a las Casas de Asistencia Social "Benita Galeana" o "Años Felices" ubicadas en la Delegación Iztapalapa. 6 adultas mayores de "Benita Galeana" y 8 adultas mayores de "Años felices" tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y 17 adultas mayores de la "Benita Galeana" y 14 adultas mayores de "Años felices" tienen diagnóstico de hipertensión; 4 adultas mayores de "Benita Galeana" y 6 adultas mayores de "Años felices" presentaron comorbilidad de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión.

Con esta población se formaron cuatro grupos, dos de pacientes diabéticos (un grupo en cada una de las casas) y dos de pacientes hipertensos (un grupo en cada una de las casas).

En el transcurso del Programa disminuyó el número de participantes en su mayoría debido a la disponibilidad de horario. Al final, la muestra se redujo a 29 adultas mayores, las cuales se dividieron en dos grupos para realizar el análisis estadístico. El primer grupo se integró por 10 adultas mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y prescripción médica de hipoglucemiantes orales. El segundo grupo lo integraron 19 adultas mayores con diagnóstico de hipertensión y prescripción médica de hipotensores, diuréticos y antihipertensivos. La Tabla 4 presenta el número de sujetos según el diagnóstico y Casa de Asistencia Social.

Tabla 4

Número de sujetos por Casa de Asistencia Social y diagnóstico.

Casa	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e hipertensión	Total
Benita Galeana	2	8	0	10
Años Felices	6	11	2	19
Total	8	19	2	29

Muestreo

No probabilístico intencional por cuotas.

Criterios de inclusión

- Diagnóstico. Pacientes con diagnóstico médico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión.
- Edad cronológica. Personas de 60 años o mayores (adultos mayores).

- Personas que acepten participar en el Programa al firmar la carta consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas que padezcan alguna discapacidad física o mental.
- Personas que no pertenezcan a la Delegación Iztapalapa.
- Personas con más de seis inasistencias a las sesiones del Programa.

Tipo de estudio

Exploratorio de campo.

Diseño

Preexperimental pretest-postest.

Instrumentos

- Cuestionario de Salud, diseñado especialmente para esta investigación (ver Apéndice 1). Consta de dos partes, la primera tiene 3 secciones: I. Antecedentes patológicos generales (16 preguntas: 2 de opciones, 1 dicotómica y 12 abiertas), II. Área económica (5 preguntas: 1 de opción y 4 abiertas) y III. Área familiar (1 pregunta cerrada). La segunda parte se compone de 5 secciones: I. Actividades cotidianas (4 preguntas: 1 cerrada y 3 abiertas), II. Actividad física (7 preguntas: 2 dicotómicas y 5 abiertas), III. Hábitos alimenticios (6 preguntas: 1 dicotómica y 5 abiertas) y IV. Hábitos nocivos (6 preguntas abiertas).

Con las respuestas a este cuestionario se seleccionó la muestra y se identificaron conductas de riesgo en la población.

- Inventario de Calidad de Vida y Salud (ver Apéndice 2), el cual se diseñó a partir de diferentes escalas de calidad de vida para condiciones crónicas específicas por Sánchez-Sosa y Hernández (2001). Para esta investigación sólo se utilizaron 65 reactivos de la prueba que integran los factores: percepción de salud y bienestar (29 reactivos), relaciones interpersonales (24 reactivos), funciones cognitivas (3 reactivos), y la estimación de calidad de vida (6 reactivos). Originalmente el inventario está compuesto por 79 reactivos, de los cuales, 76 se contestan por medio de una escala tipo likert (que va del 1 al 6), 2 de manera dicotómica y 1 por medio de una escala likert pictórica que es el indicador general de calidad vida. Los 79 reactivos se agrupan en cuatro factores que son: percepción de salud y bienestar (29 reactivos),

relaciones interpersonales (24 reactivos), funciones cognitivas (3 reactivos) y síntomas (14 reactivos), además de la estimación de calidad de vida (6 reactivos).

El inventario se califica por medio de los valores asignados a cada uno de los reactivos que va del 1 al 6, se invierte el valor de los reactivos 3, 6, 8, 12, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 35, 40, 42, 43, 47, 48, 50, 52, 54, 57, 60, 61 y 62, es decir, 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1; posteriormente los reactivos se agrupan en los cuatro factores, para obtener el valor de cada uno se promedian los reactivos correspondientes. Para el factor de percepción de salud y bienestar (incluye los reactivos 1 al 4, 23, 29, 35 al 42, 44 al 49, 53 al 59, 61 y 62) el valor 1 significa excelente percepción y 6 muy mala percepción; para los factores funciones cognitivas (incluye los reactivos 30 al 32), relaciones interpersonales (incluye los reactivos 6 al 16, 18 al 22, 24, 25, 27, 28, 34 y 50 al 52) y la estimación de calidad de vida (incluye los reactivos 17, 26, 43, 63, 64, 65) el valor 1 se interpreta que nunca perciben deterioro en estos factores y 6 que siempre lo perciben.

Riveros (2002), sometió el inventario a una validación por jueces realizada con 15 expertos, obtuvo un 85.5% de consistencia interjueces independientes. Se retiraron de manera temporal, un 10.5% de los reactivos y se eliminaron 4% de éstos. Se computó un análisis de consistencia interna con 118 sujetos en el que se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.9023, con los siguientes valores en los factores: percepción de salud y bienestar 0.8265, relaciones interpersonales 0.7025, funciones cognitivas 0.7202.

- Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS), realizada por Yesavage y Brink en 1983, conformada por 30 preguntas, la forma de respuesta es dicotómica (ver Apéndice 3).

La escala se califica dando un punto por cada respuesta contestada con SI, las preguntas 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 reciben un punto por la respuesta NO, se obtiene una calificación con la suma de los puntos y se considera que:

1. de 0 a 10 indica ausencia de depresión
2. de 11 a 22 sugiere depresión severa en incremento
3. de 23 en adelante los ancianos están severamente deprimidos.

Esta escala fue traducida y validada en México por Rojas y Sainz en 1992, con población de la tercera edad internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Sainz (1992) realizó un estudio de validez concurrente de la Escala de Depresión Geriátrica y el Inventario de Depresión de Beck; mientras que Rojas (1992) hizo un estudio de validez concurrente de la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Ansiedad y Depresión para Hospitales Generales.

- **Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI)** (Jurado, et al. 1998b), ver Apéndice 4. Es una de las escalas más utilizadas para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas; está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, las cuales son cuantificadas con valores numéricos del 0 al 3, la suma de los puntos indica la intensidad de la depresión de la siguiente manera:

1. de 0 a 9 depresión mínima
2. de 10 a 16 depresión leve
3. de 17 a 29 depresión moderada
4. de 30 a 36 depresión severa

En México fue traducido y estandarizado por Jurado et. al. (1998); realizaron tres estudios, el primero siguió los lineamientos para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica; la muestra normativa fue de 1508 sujetos adultos de entre 15 y 65 años de edad, se obtuvo una confiabilidad por consistencia interna de: alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$; el análisis factorial mostró que la versión mexicana al igual que la original, se compone por tres factores, por último se obtuvieron las tablas normativas tanto para estudiantes como para población general. El segundo y tercer estudio evaluaron la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Depresión de Zung, el segundo en una muestra de 120 sujetos con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años, la correlación entre estas escalas fue de $r = 0.70$, $p < .000$; el tercero con una población de 546 estudiantes de bachillerato con edades entre 15 y 23 años, la correlación entre ambas escalas fue de $r = 0.65$, $p < .000$. Los autores concluyeron que el BDI desarrollado en su estudio cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México.

- **Carta de consentimiento informado** (ver Apéndice 5), en la cual se describieron los objetivos generales del estudio, las actividades que se realizarían y la duración de éstas, aclarando que la participación era voluntaria y en caso de que el paciente decidiera retirarse del programa no habría consecuencia alguna.
- **Cuestionario de Conocimientos (CuCo)** acerca de la enfermedad diseñado especialmente para esta investigación (ver Apéndice 6). Se crearon dos modalidades, uno para pacientes diabéticos y otro para pacientes hipertensos. Cada cuestionario consta de 11 preguntas, cada una con cuatro opciones de respuesta de las que sólo

una es correcta. La forma de calificarlo es contar el número de aciertos que tuvo el sujeto.

- Cuadernillos de autorregistro, los cuales se diseñaron especialmente para esta investigación (ver Apéndice 7). Se trató de un cuadernillo "de bolsillo", de fácil llenado, en el que el sujeto registró cada una de las siguientes conductas: asistencia al médico (si asistió a su cita, fecha y hora), toma de medicamentos (dosis y hora), ingesta de alimentos (tipo y cantidad de alimentos en desayuno, comida, cena y colaciones), actividad física (tipo, frecuencia y duración), tensión arterial, nivel de glucosa y conductas de riesgo (fumar, beber alcohol, desvelo, emociones negativas y consumo de café.). El cuadernillo incluyó una carátula en la cual se anotaban la fecha correspondiente a la semana del registro, nombre completo del adulto mayor, edad, sexo, peso, estatura, diagnóstico médico y nombre del médico. Para la fácil identificación de cada uno de los registros se ilustró cada una de las conductas a registrar.

Materiales

- 2 básculas de baño domésticas
- 3 baumanómetros de mercurio
- 3 estetoscopios
- 1 glucómetro MediSense® Precision Q-I-D fabricado por Abbott Laboratories.
- 10 termómetros Derma Therm®. Son bandas adheribles de cristal líquido que monitorean la temperatura cutánea (grados Fahrenheit y Centígrados), el valor de la temperatura debe registrarse cuando el centro de la línea del dispositivo quede fija, aproximadamente en quince segundos.
- 1 cronómetro

Procedimiento

Etapa de diseño

Se diseñó un programa de intervención cognoscitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión. Esta intervención está basada en el "Programa de atención psicológica a pacientes crónico degenerativos" diseñado por la Psic. Rebeca Sánchez y se aplica en el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" a pacientes de diferentes características sociodemográficas, y en los hospitales sede de la Residencia en Medicina Conductual. Además se revisó la literatura acerca de las características y necesidades de

los adultos mayores, así como la efectividad de las técnicas cognoscitivo-conductuales en esta población. El Programa de intervención estuvo conformado por cinco componentes: educación para la salud, habilidades de autocuidado, habilidades sociales para favorecer el apoyo familiar, social y la relación medico-paciente, solución de problemas y relajación. Se anexan al texto las cartas descriptivas que detallan los objetivos, técnicas y actividades de cada una de las sesiones del tratamiento (ver Apéndice 8).

El Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 constó de 11 sesiones, programadas semanalmente, cada una tuvo una duración de una hora treinta minutos. A continuación se hace referencia al número y tema de cada sesión:

Sesión 1: Presentación del plan de tratamiento e integración

Sesión 2: Educación para la salud

Sesión 3: Educación para la salud

Sesión 4: Toma de medicamentos

Sesión 5: Plan alimenticio

Sesión 6: Plan alimenticio

Sesión 7: Relajación

Sesión 8: Relajación. Actividad física

Sesión 9: Relajación. Higiene

Sesión 10: Higiene

Sesión 11: Cierre del programa: Evaluar lo conseguido, planear el mantenimiento, discutir qué falta, reafirmar conocimientos y habilidades adquiridas, retroalimentación, festejo.

El programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de hipertensión constó de 11 sesiones, programadas semanalmente, cada una tuvo una duración de una hora treinta minutos. A continuación se hace referencia al número y tema de cada sesión:

Sesión 1: Presentación del plan de tratamiento e integración

Sesión 2: Educación para la salud

Sesión 3: Educación para la salud

Sesión 4: Toma de medicamentos

Sesión 5: Plan alimenticio

Sesión 6: Plan alimenticio

Sesión 7: Relajación

Sesión 8: Relajación. Actividad física

Sesión 9: Relajación. Control emocional

Sesión 10: Relajación. Control emocional

Sesión 11: Cierre del programa: reafirmar conocimientos y habilidades adquiridas, retroalimentación, festejo.

Etapa de aplicación y evaluación

La aplicación del Programa, se realizó primero en la Casa de Asistencia Social Benita Galeana y después de tres semanas se inició su aplicación en la Casa de Asistencia Social Años Felices.

Primera etapa.

- Primera Semana.

- En una sesión de 30 minutos aproximadamente, se explicó de manera general el Programa de atención psicológica a los grupos de adultas mayores de cada una de las Casas de Asistencia Social, se les invitó a participar a aquellas personas con diagnóstico de diabetes o hipertensión; quienes aceptaron la invitación se les citó para una sesión de aplicación de instrumentos psicológicos.

- Segunda semana.

- En una sesión de aproximadamente 120 minutos, se les aplicó el Cuestionario de Salud, la GDS, el BDI y el InCaViSa. Aquellas adultas mayores a las que se les dificultó leer y escribir se les proporcionó apoyo para contestar los instrumentos psicológicos.
- Las personas que reportaron padecer diabetes o hipertensión en el Cuestionario de Salud parte I y aceptaron la invitación, se les asignó a uno de los dos grupos: pacientes hipertensos o pacientes diabéticos.
- Se acordó con los dos grupos el horario de las sesiones.
- Se les entregó la carta consentimiento informado para que la firmaran.
- Se les proporcionó instrucciones para llenar los autorregistros. Ver Apéndice 7.

Segunda etapa.

1. La aplicación de los programas de tratamiento inició a partir de la tercera semana.

La tensión arterial, el peso y el nivel de glucosa (en el caso de los pacientes diabéticos) se midieron en cada una de las sesiones del Programa. El CuCo se aplicó al

iniciar el Programa, en la tercera sesión cuando se concluyó la parte de educación para la salud y al finalizar el Programa.

2. Sesión de post-evaluación.

- o En una sesión de aproximadamente 90 minutos, se aplicó el CuCo, la GDS, el BDI y el InCaViSa.
- o Se midió la tensión arterial a las pacientes hipertensas y diabéticas.
- o Se pesó a las adultas mayores.
- o Se midió el nivel de glucosa en sangre a las pacientes diabéticas.

Capítulo III. Resultados

El análisis de los resultados de las mediciones pre y post para evaluar la aplicación del Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión, se presenta en cinco apartados:

- En el primero, frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de la muestra.
- En el segundo, la distribución de frecuencias de las variables dependientes (peso, corporal, nivel de glucosa, tensión arterial, depresión y calidad de vida), y el resultado de la comparación de medias de las variables dependientes en la preevaluación y postevaluación, a través de la prueba t de Student para muestras apareadas o de la prueba de rangos de Wilcoxon. Las variables asistencia al médico, autorregistro de nivel de glucosa y/o tensión arterial, beber alcohol y fumar se excluyeron del análisis estadístico debido a la escasez de datos, ya que las adultas mayores asisten al médico cada 2 meses aproximadamente por lo que en un programa de 12 semanas se obtuvieron pocos datos, no beben ni toman alcohol y no tienen suficientes recursos económicos para monitorear diario su nivel de glucosa y su tensión arterial.
- En el tercero, se presenta los resultados de la correlación de Pearson para conocer si existe relación entre las variables dependientes que se presentan en el segundo apartado.
- En el cuarto, se informan los cambios clínicos debidos al Programa.
- Por último, en el quinto apartado, las pruebas estadísticas para determinar la dependencia entre las variables aceptación-no aceptación/deserción y las variables sociodemográficas y algunas variables dependientes de la preevaluación. Se presentan los resultados de cruzar pares de variables y el valor de X^2 o de la probabilidad exacta de Fisher resultantes. Con las variables que mostraron dependencia se elaboraron perfiles de las adultas mayores que aceptaron participar y concluyeron el Programa.

Para tomar las decisiones estadísticas se estableció el nivel α al 0.05.

En el segundo apartado, los datos de algunas participantes estuvieron incompletos (la adulta mayor no registró o no contestó), por lo que el programa estadístico las excluyó del análisis. El número menor de sujetos alteró las medias y varianzas de manera importante, ya que las n son muy reducidas. Además, en el quinto apartado el número de adultas mayores varió en el análisis de cada variable, ya que algunas participantes no contestaron esa evaluación.

1^{er}. Descripción de la muestra

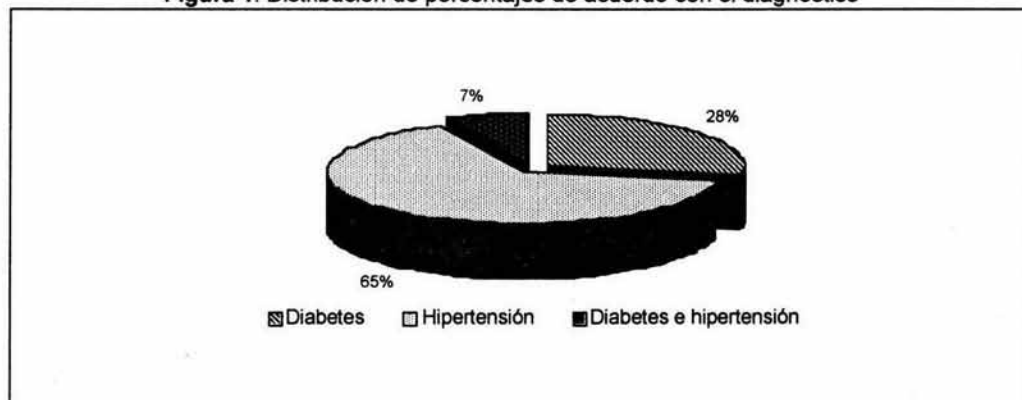
Cuestionario de salud parte I: datos sociodemográficos

Se invitó a participar en el Programa a 55 adultos mayores, 2 hombres y 53 mujeres, de las dos Casas de Asistencia Social que tenían diagnóstico de diabetes o hipertensión, sin embargo, algunos no aceptaron y otros desertaron en el transcurso del Programa, de tal forma que al final, la muestra se redujo a 29 adultas mayores, de las cuales 10 tenían diagnóstico de diabetes mellitus y 19 de hipertensión. Se mantuvieron como grupos separados en el análisis estadístico ya que se considera que el parámetro enfermedad crónica degenerativa que padecían define dos poblaciones diferentes.

Se realizó un análisis de frecuencias con cada una de las muestra para obtener porcentajes y medias de los datos obtenidos a través de la aplicación del Cuestionario de Salud I en relación con las variables demográficas.

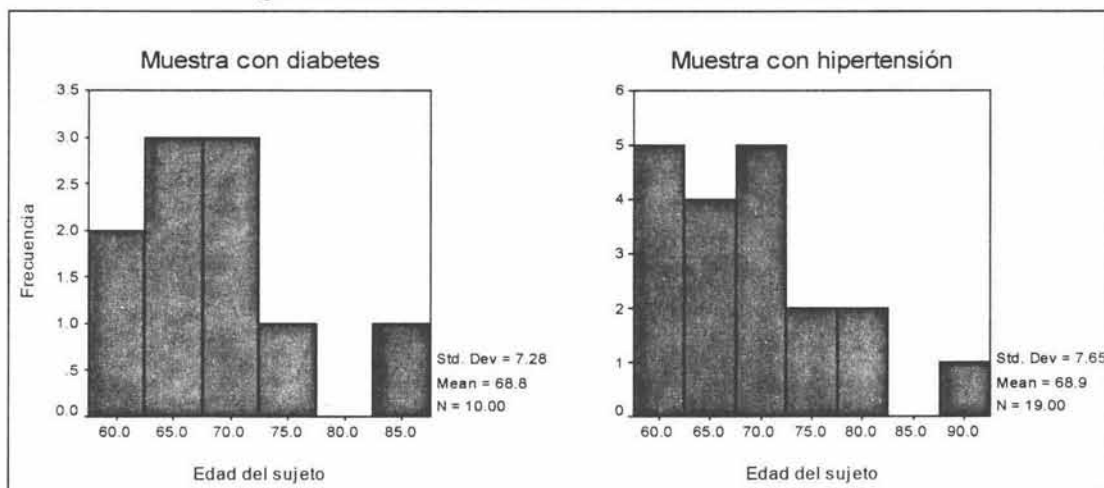
Las muestras estuvieron formadas por 65% (19 sujetos) adultas mayores hipertensas, 28% diabéticas (8 sujetos) y 7% (2 sujetos) con ambas patologías. Ver Figura 1.

Figura 1. Distribución de porcentajes de acuerdo con el diagnóstico



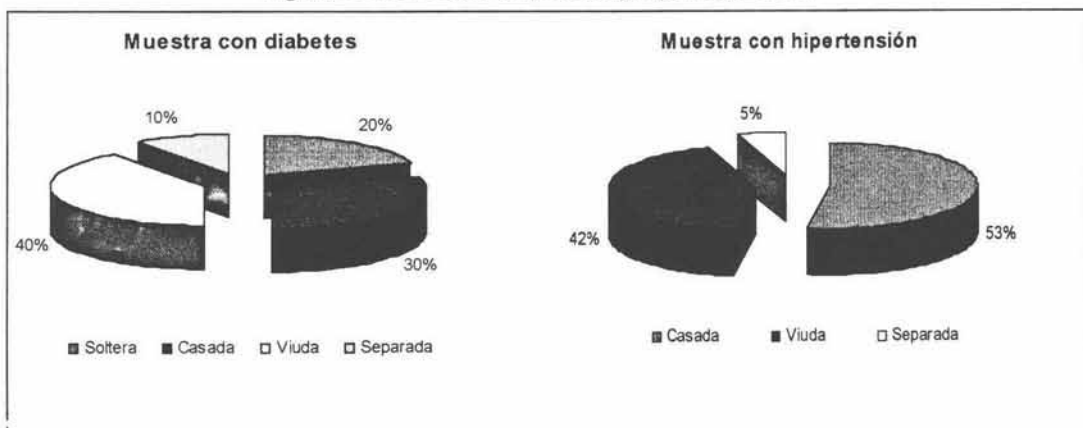
En cuanto a la edad se observa en la Figura 2, que la muestra con diabetes presentó un intervalo de 60 a 85 años, con una media de 68 años 6 meses, mientras que la muestra con hipertensión presentó un intervalo de 60 a 90 años, con una media de 68 años 7 meses. También se observa que ambas distribuciones, medias y desviaciones estándar son muy semejantes.

Figura 2. Distribución de frecuencias de acuerdo con la edad



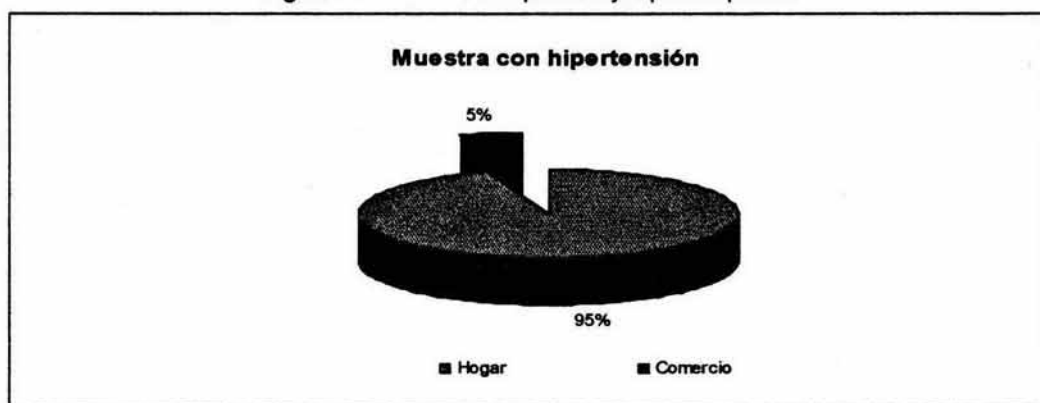
La Figura 3 presenta la distribución de porcentajes por estado civil. Se observa que el 40% de las adultas mayores con diabetes y el 53% de las adultas mayores con hipertensión son viudas, mientras que están casadas el 30% de diabéticas y el 42% de las hipertensas, son solteras el 20% de las diabéticas y ninguna hipertensas.

Figura 3. Distribución de porcentajes por estado civil



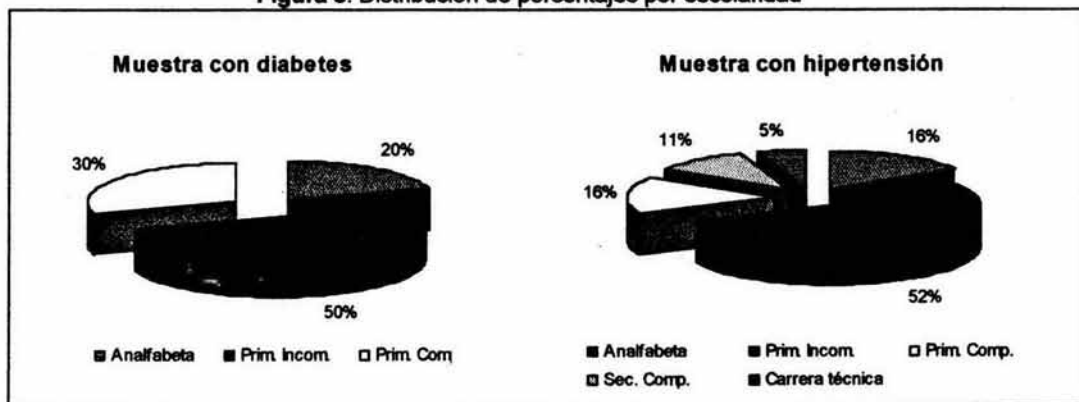
En relación con la ocupación todas las adultas mayores diabéticas se dedican al hogar y, como se observa en la Figura 4, el 95% de las adultas mayores hipertensas se dedica a las labores domésticas.

Figura 4. Distribución de porcentajes por ocupación



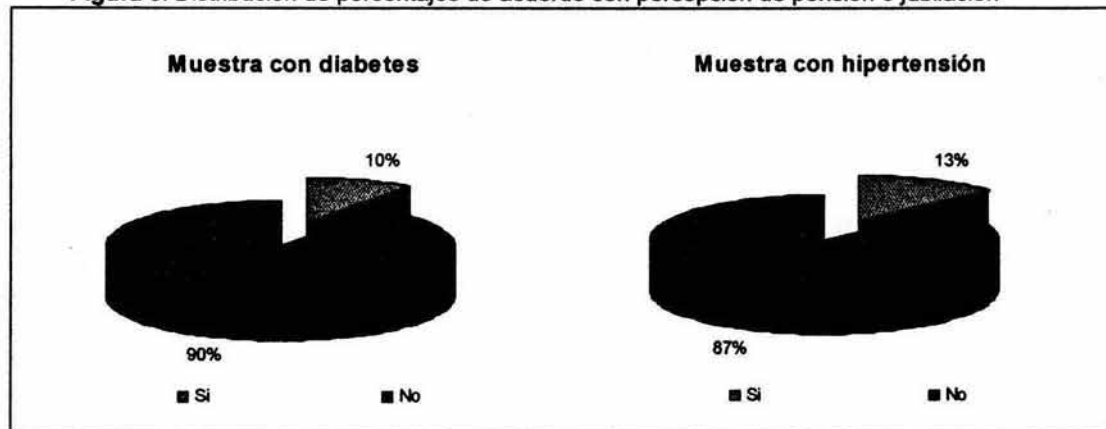
Con respecto a la escolaridad, se observa en la Figura 5, que la mayoría de los sujetos tiene pocos años de estudio, ya que en las dos muestras el 50% de las adultas mayores no concluyó la primaria. Las adultas mayores con hipertensión tuvieron un nivel más alto de escolaridad que el de la muestra con diabetes en la que 11% concluyó la secundaria y 5% cursó una carrera técnica.

Figura 5. Distribución de porcentajes por escolaridad



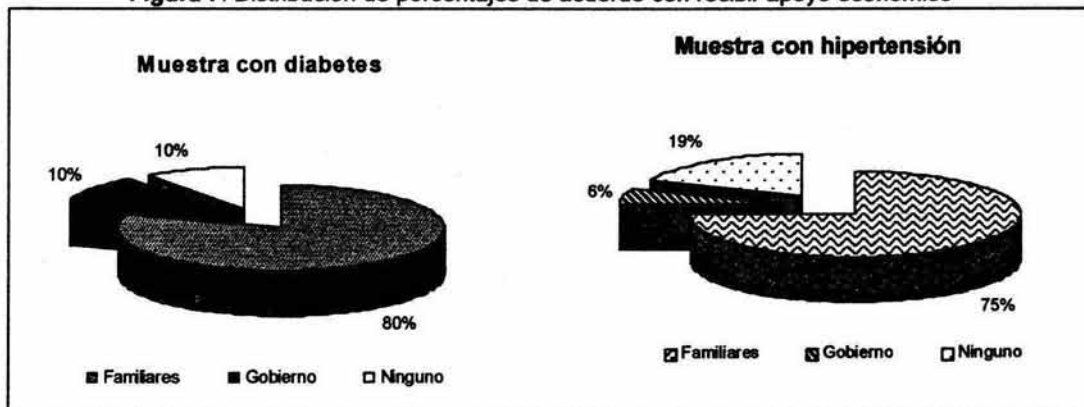
Como se observa en la Figura 6, el 90% de las adultas mayores diabéticas y el 87% de las adultas mayores hipertensas no está jubilada o pensionada.

Figura 6. Distribución de porcentajes de acuerdo con percepción de pensión o jubilación



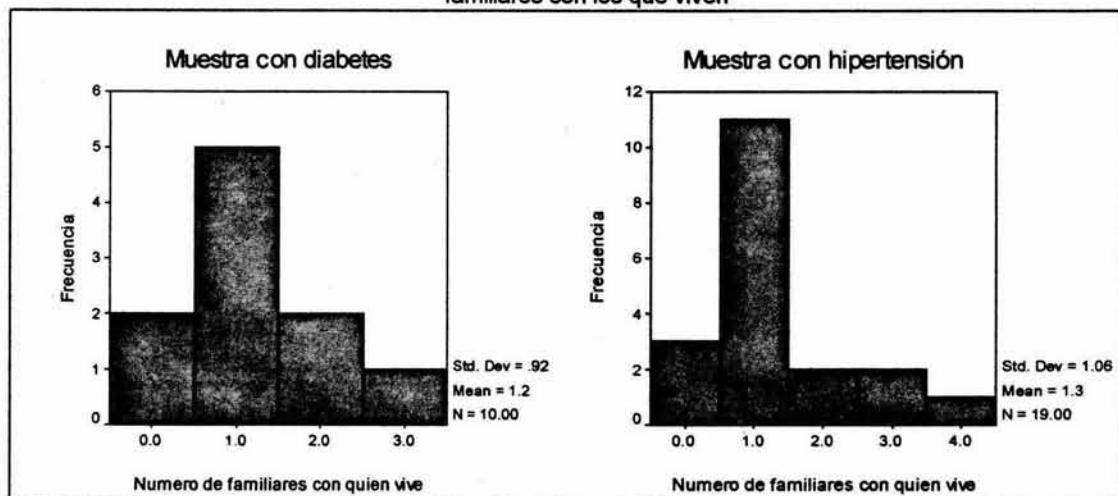
En relación con recibir apoyo económico se encontró que 90% de las adultas mayores diabéticas y 81% de las adultas mayores hipertensas reciben apoyo económico. En la mayoría de los casos éste proviene de la familia, 80% de las pacientes diabéticas y 75% de las pacientes hipertensas reciben apoyo de algún familiar. Ver Figura 7.

Figura 7. Distribución de porcentajes de acuerdo con recibir apoyo económico



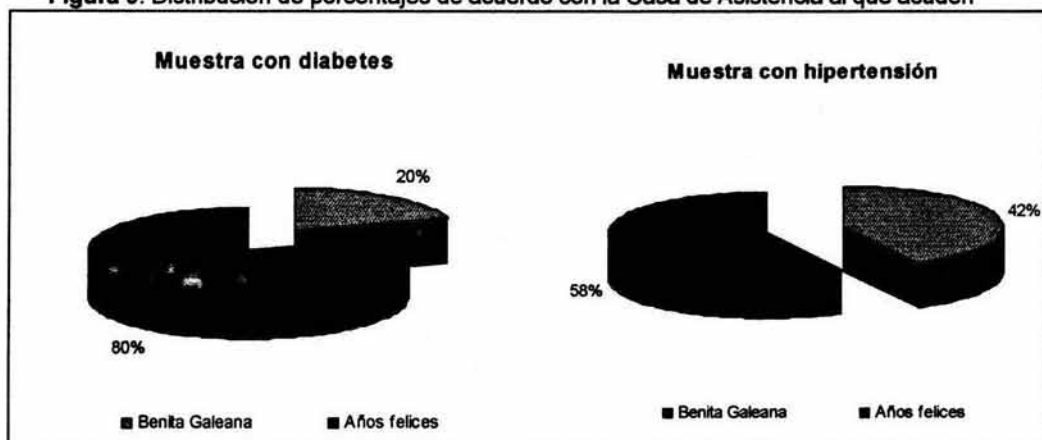
En la Figura 8, se observa que la mayoría de las adultas mayores de las dos muestras viven sólo con un familiar y que las distribuciones son muy semejantes.

Figura 8. Distribución de frecuencias conforme al número de familiares con los que viven



En la Figura 9 se observa que 80% de las adultas mayores diabéticas y el 58% de las hipertensas acude a la Casa de Asistencia Social "Años Felices", mientras que 20% de las diabéticas y el 42% de las hipertensas pertenecen a la Casa "Benita Galeana".

Figura 9. Distribución de porcentajes de acuerdo con la Casa de Asistencia al que acuden

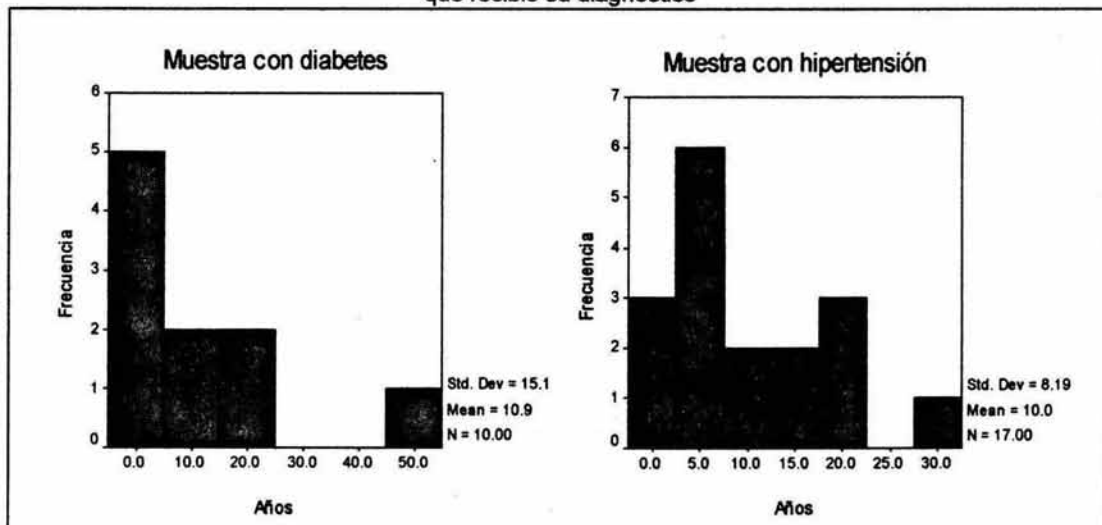


Cuestionarios de salud parte II: estilos de vida

Con los datos obtenidos a través de la aplicación del Cuestionario de Salud II, se realizó un análisis de frecuencias para obtener los datos descriptivos de la muestra con respecto a las siguientes áreas: actividad física, hábitos alimenticios y hábitos higiénicos.

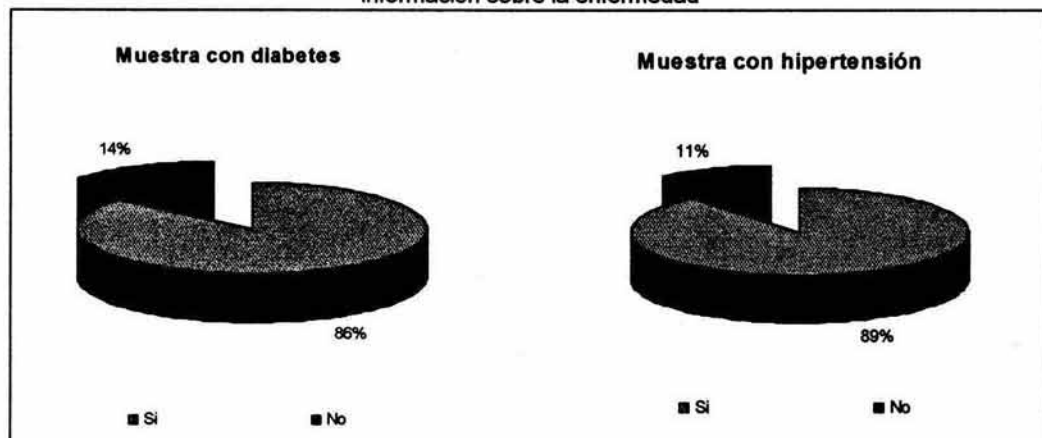
La Figura 10 presenta la distribución de frecuencias del tiempo que tienen los sujetos de conocer el diagnóstico de su enfermedad, en las dos muestras. Se observa que las adultas mayores recibieron su diagnóstico entre 0 y 10 años. La mayor frecuencia en la muestra con diabetes ocurre en un intervalo de 0 a 5 años, mientras que la mayor frecuencia en la muestra con hipertensión ocurre en un intervalo de 5 a 10 años.

Figura 10. Distribución de frecuencias de acuerdo con la fecha en que recibió su diagnóstico



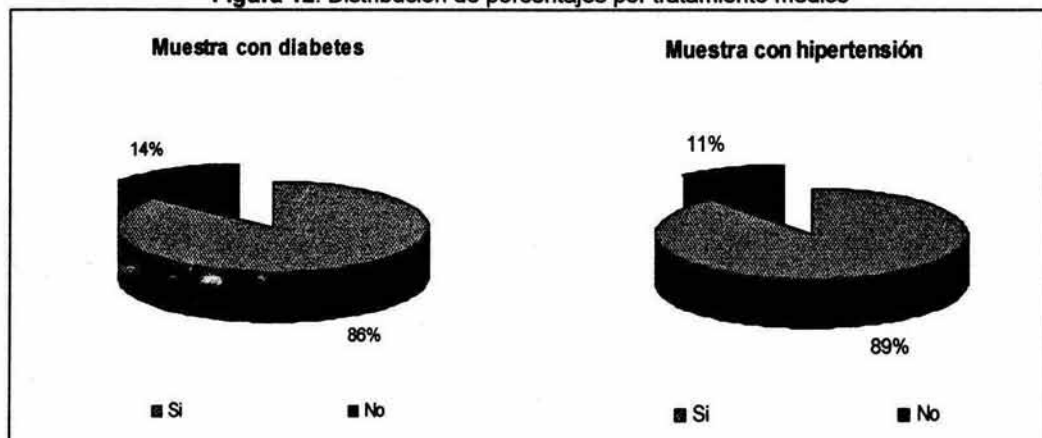
En la Figura 11 se observa que 86% de las adultas mayores diabéticas y 89% de las hipertensas dijo tener información sobre su enfermedad.

Figura 11. Distribución de porcentajes de acuerdo a tener o no información sobre la enfermedad



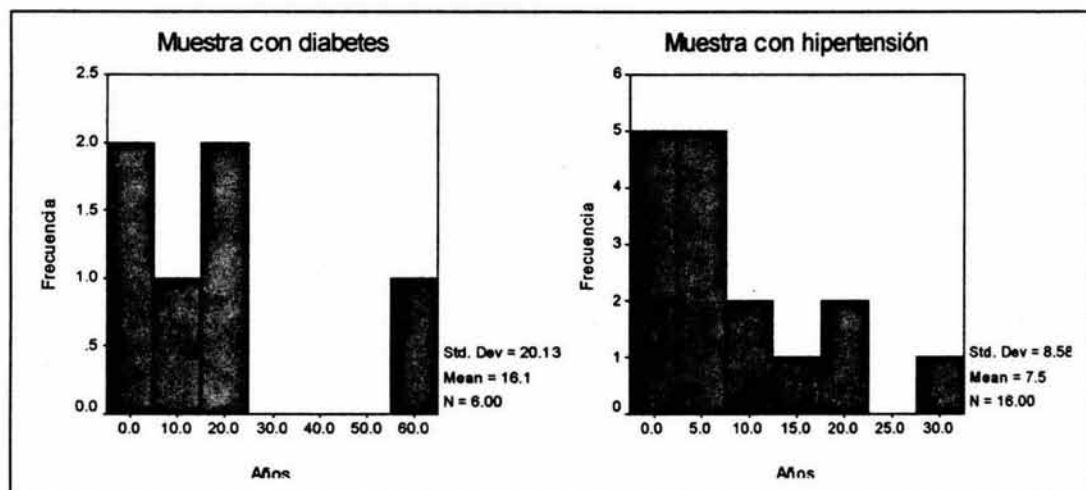
En la Figura 12 se muestra que 86% de las adultas mayores con diabetes y 89% con hipertensión se encontraba bajo tratamiento médico, es decir, tomaba medicamentos prescritos por su médico.

Figura 12. Distribución de porcentajes por tratamiento médico



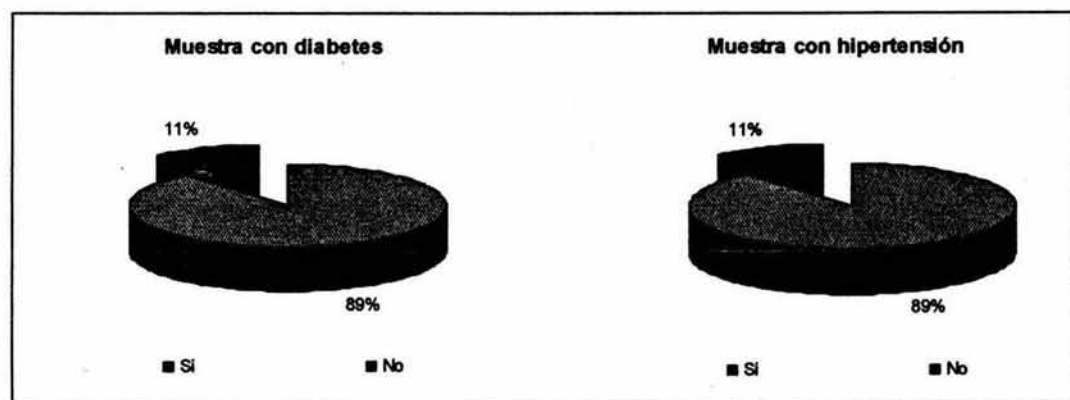
La Figura 13 presenta la distribución de frecuencias de acuerdo con el tiempo en que las adultas mayores iniciaron su tratamiento actual; en la muestra con diabetes la mayor frecuencia ocurre entre 0 a 10 años y de 20 a 30, mientras que en la muestra con hipertensión ocurre entre 0 y 10 años.

Figura 13. Distribución de frecuencias de acuerdo con el número de años que tienen de tratamiento



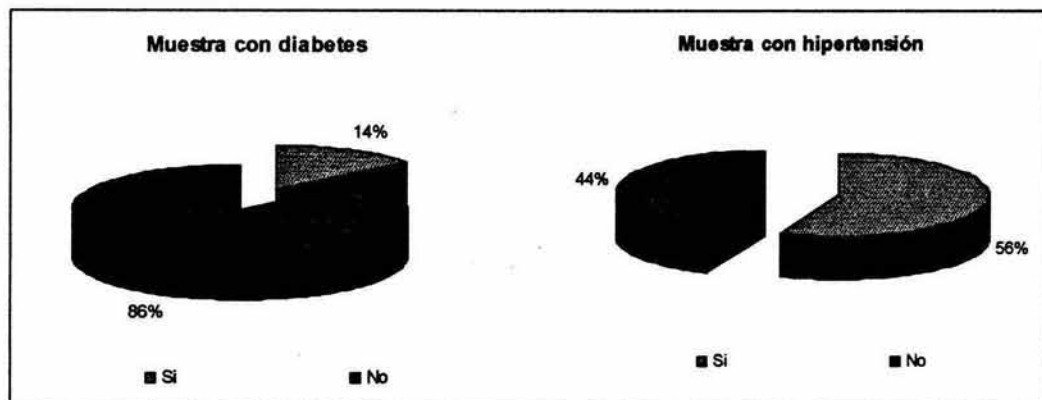
Con respecto al seguimiento de las indicaciones del médico, en la Figura 14 se observa que 89% de las adultas mayores de cada una de las muestras dice seguir adecuadamente las indicaciones médicas.

Figura 14. Distribución de porcentajes de acuerdo con el seguimiento de las indicaciones médicas



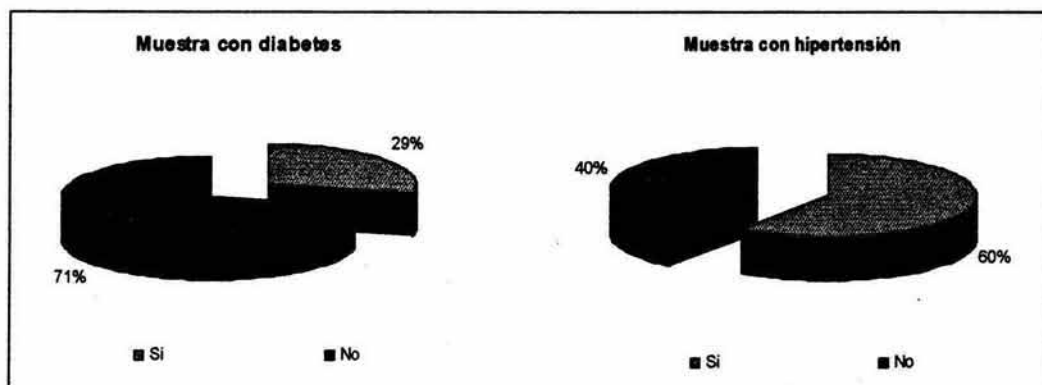
En la Figura 15 se muestra que 14% de las diabéticas y 56% de las hipertensas ha requerido algún tipo de intervención quirúrgica.

Figura 15. Distribución de porcentajes por si han requerido intervención quirúrgica



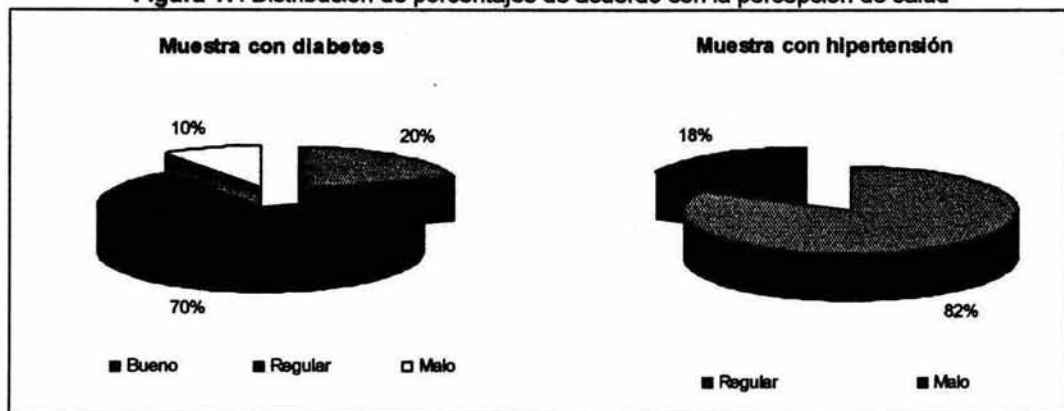
Con respecto a si la muestra ha requerido hospitalización, la Figura 16 muestra que el 29% de las adultas mayores con diabetes y 60% de las adultas mayores con hipertensión la ha necesitado.

Figura 16. Distribución de porcentajes por si han requerido hospitalización



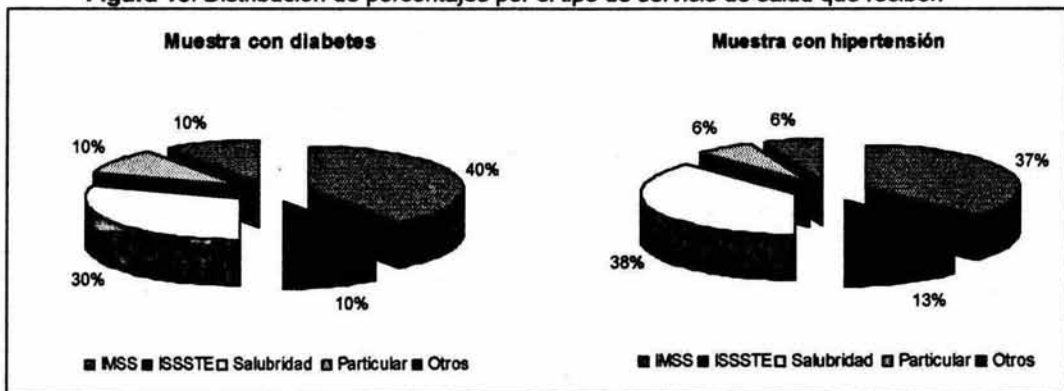
La Figura 17 ilustra que gran parte de las adultas mayores en las dos muestras percibe su estado de salud como regular. En la muestra con diabetes 70% percibe su estado de salud como regular, 20% como bueno y 10% como malo, mientras que en la muestra con hipertensión 82% lo percibe como regular y 18% como malo, en esta muestra nadie informó percibir su estado de salud como bueno.

Figura 17. Distribución de porcentajes de acuerdo con la percepción de salud



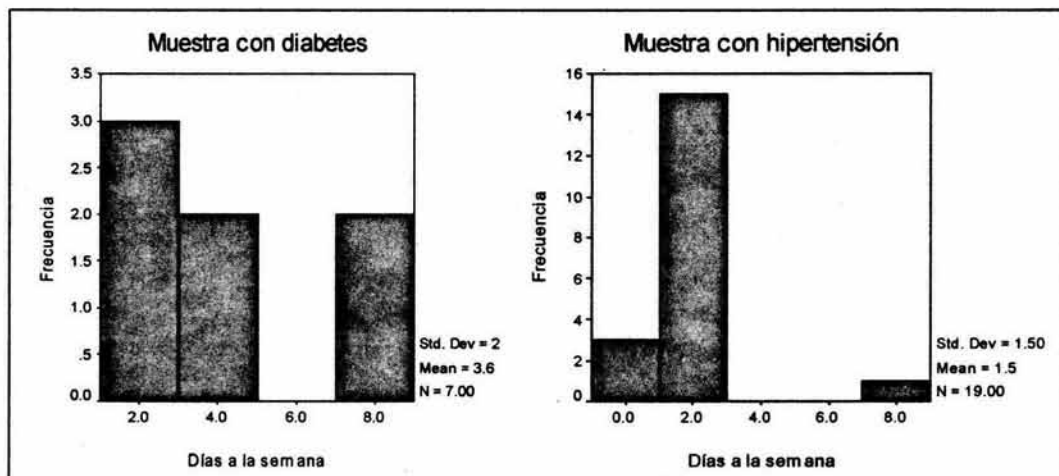
La Figura 18 presenta la distribución de los porcentajes por servicio de salud al que acuden las adultas mayores, se ilustra que 40% de la muestra con diabetes asiste al IMSS y 30% asiste a Salubridad, 37% de la muestra con hipertensión asiste al IMSS y 38% a Salubridad, estos dos servicios son los de mayor frecuencia.

Figura 18. Distribución de porcentajes por el tipo de servicio de salud que reciben



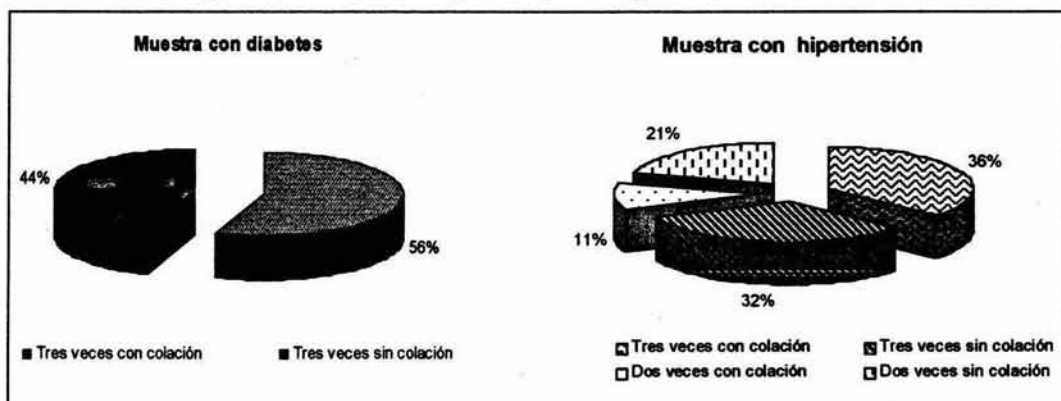
En cuanto a la frecuencia con que las adultas mayores practican algún ejercicio durante la semana, se observa en la Figura 19 que en las dos muestras la mayoría realiza ejercicio 2 días a la semana; la media en la muestra con diabetes es de 3.6 días, mientras que la de la muestra con hipertensión es de 1.5 días.

Figura 19. Distribución de frecuencias de acuerdo con los días que realizan ejercicio



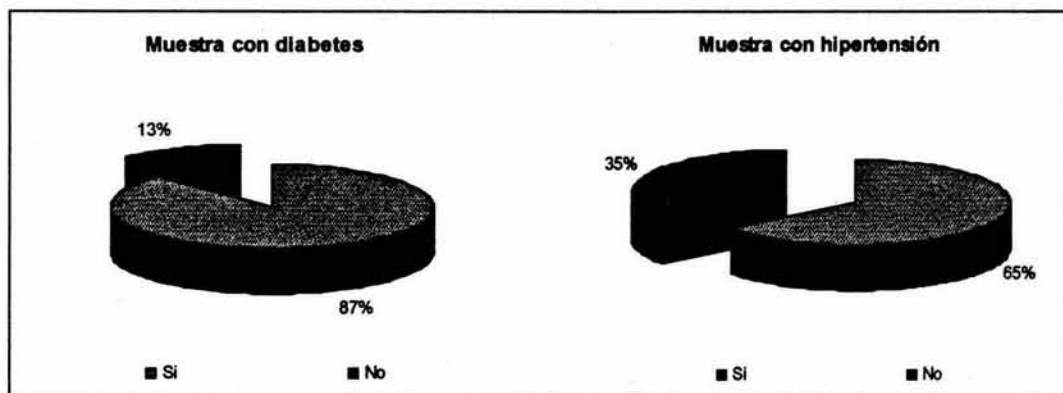
En la Figura 20 se observa que en la muestra con diabetes 56% efectúa tres comidas al día con una colación y el 44% come tres veces al día sin una colación. En el caso de la muestra con hipertensión 36% efectúa tres comidas con una colación, 32% tres comidas al día sin una colación, y el 21% dos comidas al día sin una colación.

Figura 20. Distribución de porcentajes de ingestión de alimentos



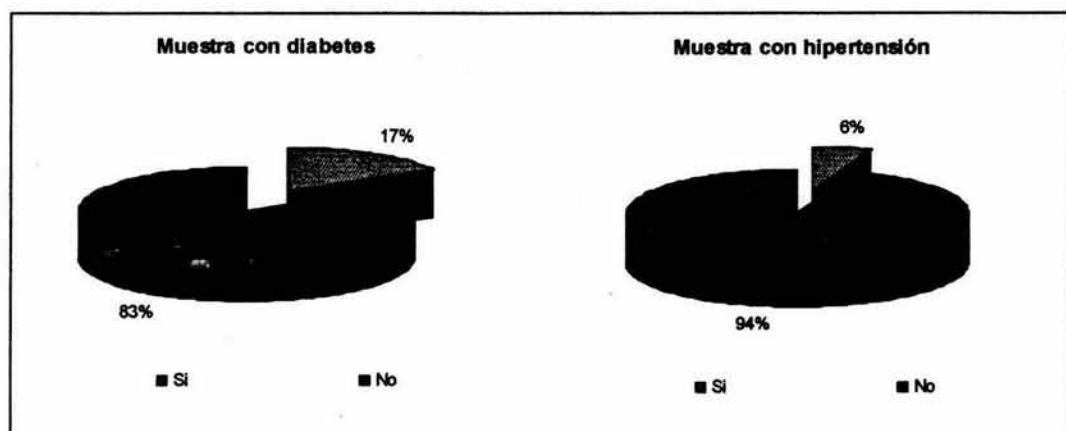
En cuanto a evitar los alimentos que tienen prohibidos, 87% de las adultas mayores con diabetes y 65% de las adultas mayores con hipertensión informó evitarlos. Ver Figura 21.

Figura 21. Distribución de porcentajes de evitación de alimentos



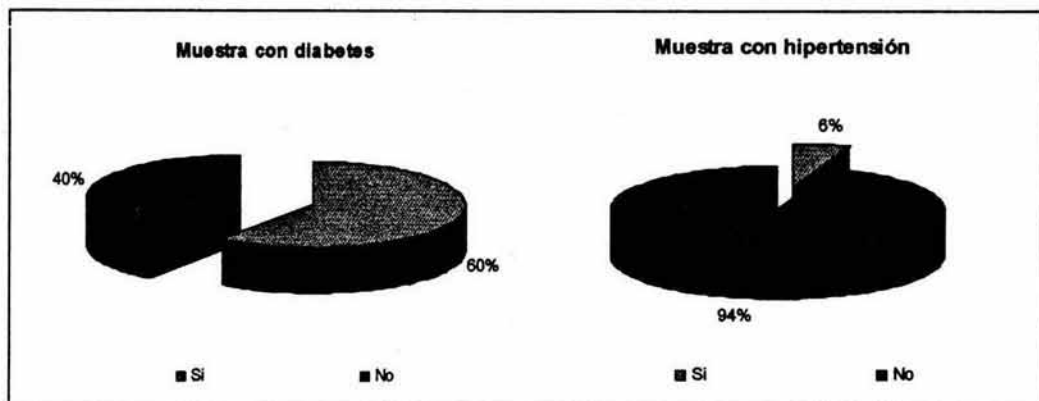
En la distribución de porcentajes de las adultas mayores que consumen alcohol se observa que 83% de la muestra con diabetes y 94% de la muestra con hipertensión no bebe alcohol. Ver Figura 22.

Figura 22. Distribución de porcentajes por consumo de alcohol



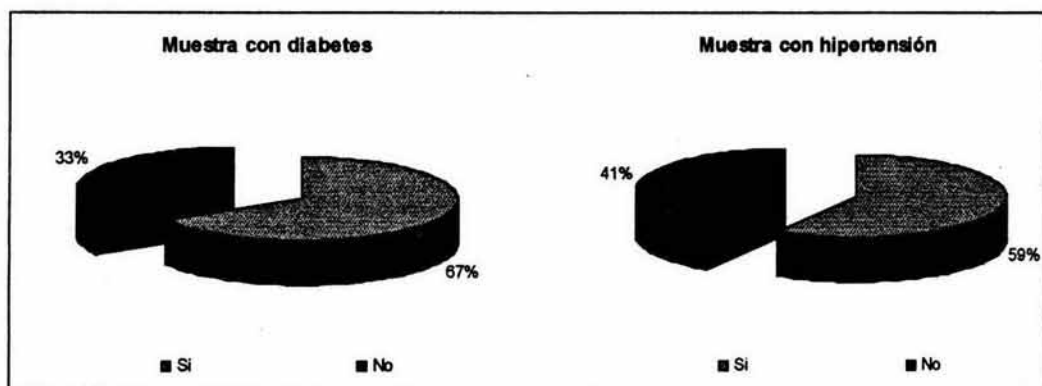
La distribución de porcentajes de las adultas mayores que consumen cigarro muestra que 60% de las pacientes diabéticas y 94% las pacientes hipertensas no fuma. Ver Figura 23.

Figura 23. Distribución de porcentajes por consumo de cigarro



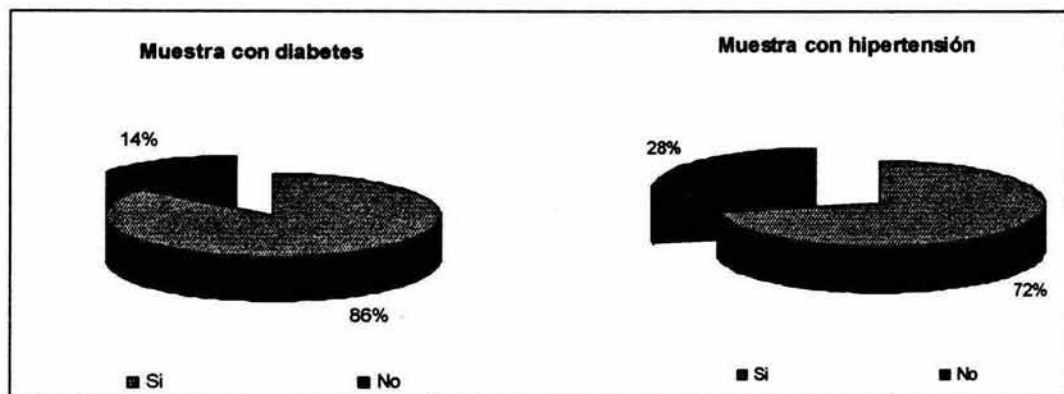
En cuanto a la distribución de porcentajes de las adultas mayores que consumen refresco se observa que el 67% de la muestra con diabetes y el 59% de la muestra con hipertensión bebe refresco. Ver Figura 24.

Figura 24. Distribución de porcentajes por consumo de refresco



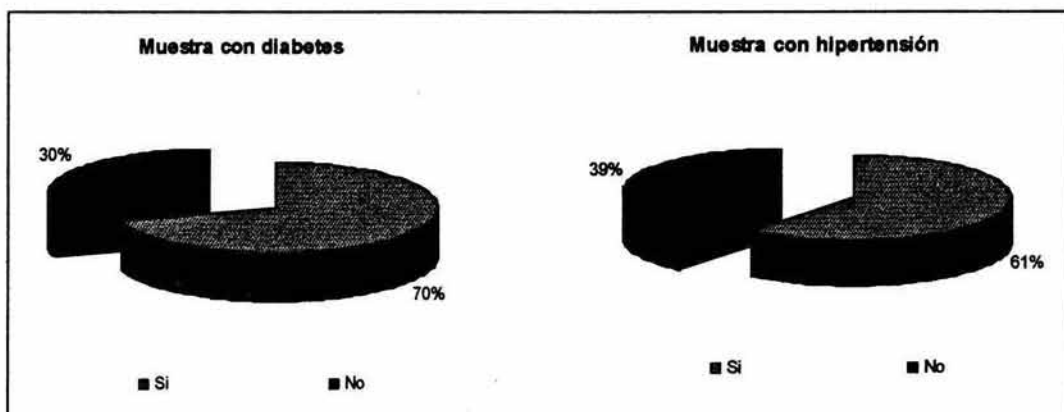
La distribución de porcentajes por consumo de café muestra que el 86% de las adultas mayores diabéticas y el 72% de las adultas mayores hipertensas lo toma. Ver Figura 25.

Figura 25. Distribución de porcentajes por consumo de café



La distribución de los porcentajes por consumo de té, muestra que el 70% de las adultas mayores con diabetes y el 61% de las adultas mayores con hipertensión toma té. Ver Figura 26.

Figura 26. Distribución de porcentajes por consumo de té



2^{da}. Comparación de la preevaluación y postevaluación: evaluación de los resultados del programa

Indicadores de salud, cuestionarios de conocimientos y pruebas psicométricas

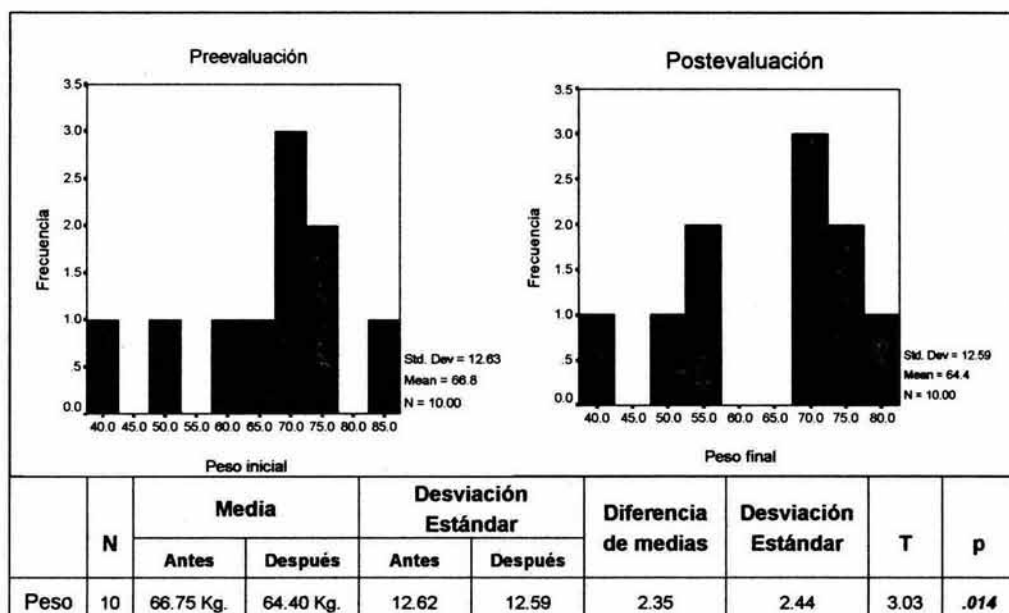
Para observar los efectos del Programa sobre los indicadores de salud, el conocimiento de la enfermedad y el nivel de depresión, se comparó las medias de la evaluación inicial y final de las variables: peso, nivel de glucosa, tensión sistólica, tensión diastólica, puntajes de la GDS, del BDI, de los Cuestionarios de Conocimientos inicial, intermedio y final, con la prueba t de Student para muestras apareadas; se comparó por separado las medias de la muestra con diabetes y con hipertensión.

A continuación se presentan las gráficas con la distribución de frecuencias en las que se observan las medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que compara las mediciones iniciales y finales de las variables para las muestras con diabetes e hipertensión.

La Figura 27 presenta los datos de la preevaluación y postevaluación del peso de la muestra de pacientes diabéticas (10 adultas mayores) y el valor de t y su probabilidad al comparar la medida inicial y final del peso. Se observa que el peso inicial presenta una media de 66.8 kilogramos y al finalizar una media de 64.4 kilogramos, hubo una disminución de 2.35 kilogramos en el peso al finalizar el Programa.

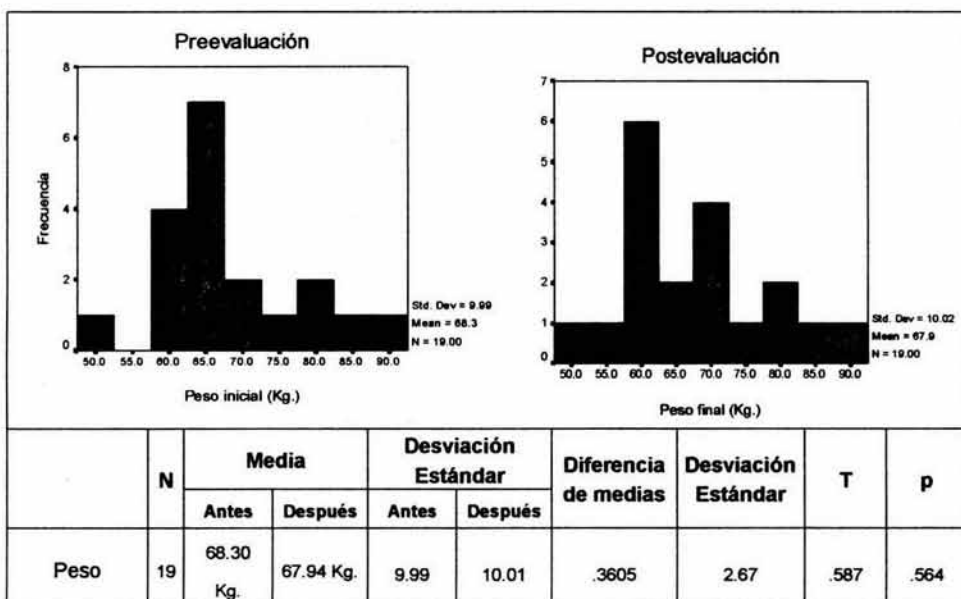
Al comparar las medias de peso con la prueba t de Student se encontró que la diferencia entre el peso inicial y el peso final fue significativa, lo que permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que existe diferencia estadísticamente significativa en el peso de las adultas mayores con diabetes antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 27. Distribución de frecuencias del peso antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con diabetes



La muestra de pacientes con hipertensión (19 adultas mayores) presenta una media de 68.3 kilogramos de peso con un mínimo de 50 kilogramos y un máximo de 90 kilogramos en la preevaluación; mientras que en la postevaluación la media es de 67.9 kilogramos con un mínimo de 50 kilogramos y un máximo de 90 kilogramos. Estos datos indican una disminución del peso de .3 kg, diferencia que resultó no significativa al comparar las medias con la prueba t de Student. Este resultado permite aceptar la hipótesis nula, no existe diferencia estadísticamente significativa en el peso las adultas mayores con hipertensión antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica. Ver Figura 28.

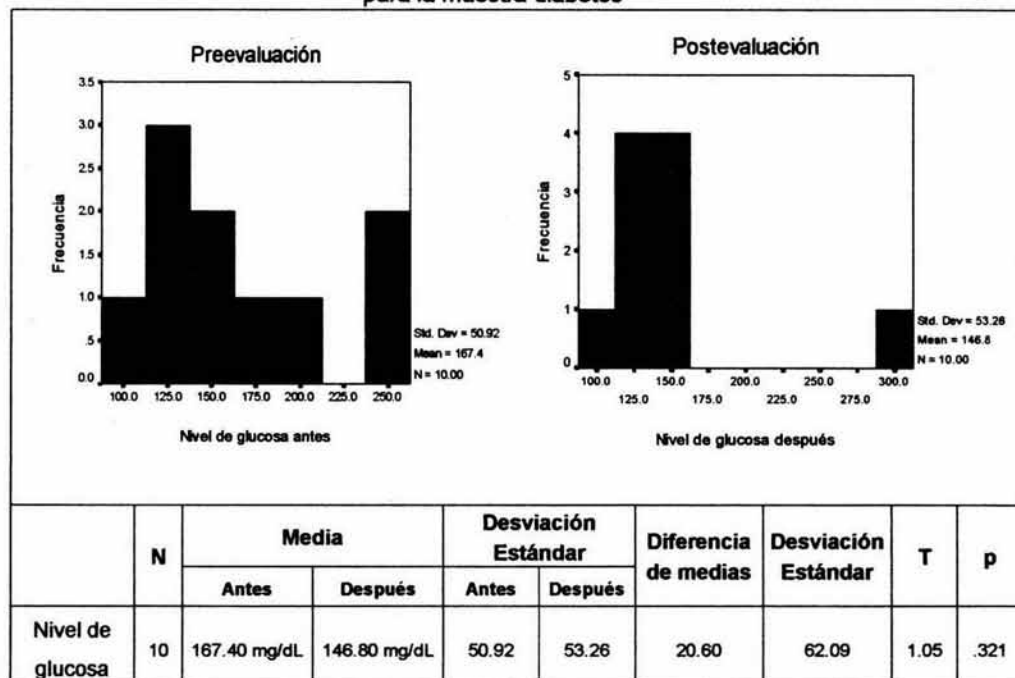
Figura 28. Distribución de frecuencias del peso antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con hipertensión



Las adultas mayores con diagnóstico de diabetes presentan una media del nivel de glucosa en sangre antes de la intervención de 167.4, con un mínimo de 100 mg/dl y un máximo de 250 mg/dl. Al finalizar el Programa registraron una media del nivel de glucosa de 146.8, con un máximo de 300 mg/dl y un mínimo de 100 mg/dl. Se observa que la distribución está sesgada positivamente, la mayoría de las pacientes tiene cantidades de glucosa, aunque anormales, no muy altas. Ver Figura 29.

Al comparar las medias de los niveles de glucosa iniciales y finales se observa una disminución de 20.60 mg/dl, la cual no fue estadísticamente significativa por lo que se acepta la hipótesis nula.

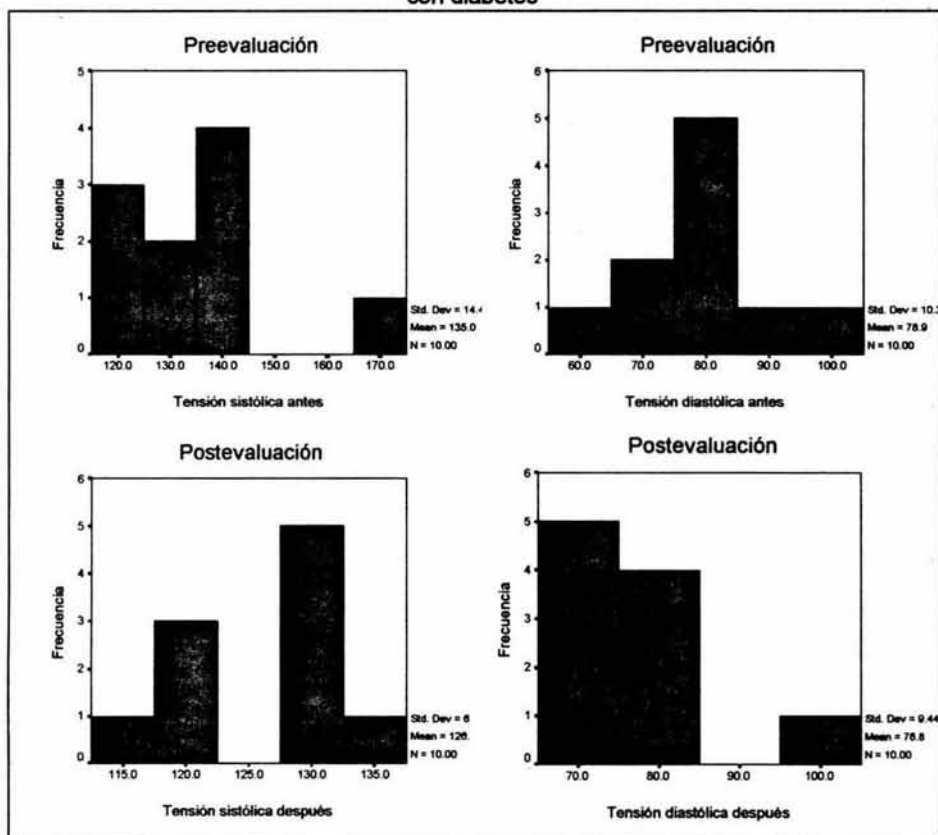
Figura 29. Distribución de frecuencias del nivel de glucosa antes y después del Programa de la muestra con diabetes; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra diabetes



En la Figura 30 se observa que la media de la tensión arterial (sistólica y diastólica) de las adultas mayores diabéticas en la preevaluación fue de 135/78.9 mm/Hg, con un mínimo de 120/60 mm/Hg y un máximo de 170/100 mm/Hg; mientras que en la postevaluación fue de 126/76.8 mm/Hg, con un mínimo de 115/70 mm/Hg y un máximo de 135/100 mm/Hg.

Al comparar las medias de los niveles de tensión arterial se observa una disminución que no resultó estadísticamente significativa por lo que se acepta la hipótesis nula.

Figura 30. Distribución de frecuencias del nivel de tensión arterial del antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con diabetes

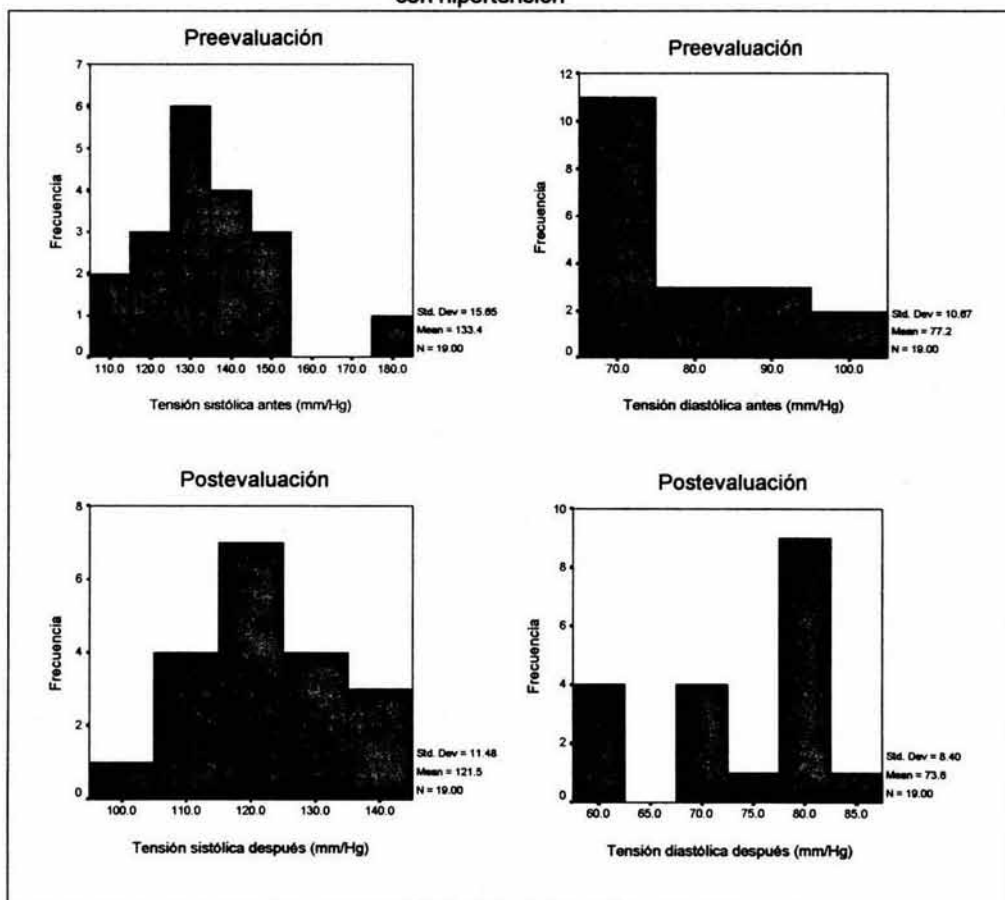


	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Antes	Después	Antes	Después				
Tensión sistólica	10	135.00 mm/Hg	126.00 mm/Hg	14.48	6.25	9.00	14.91	1.90	.089
Tensión diastólica	10	78.90 mm/Hg	76.80 mm/Hg	10.38	9.44	2.10	8.95	.742	.477

La media de la tensión arterial (sistólica y diastólica) de las adultas mayores hipertensas en la preevaluación fue de 133.4/77.2 mm/Hg, con un mínimo de 110/70 mm/Hg y un máximo de 180/100 mm/Hg; mientras que en la postevaluación fue de 121.5/73.6 mm/Hg, con un mínimo de 100/60 mm/Hg y un máximo de 140/85 mm/Hg.

Se encontró que las adultas mayores con hipertensión disminuyeron su presión sistólica en un promedio de 11.95 mmHg al finalizar el Programa, la disminución es significativa, lo cual permite rechazar la hipótesis nula, y afirmar que existe diferencia estadísticamente significativa en las medidas de tensión arterial sistólica de las adultas mayores con hipertensión antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica. En la tensión diastólica también se observa una disminución de 3.63 mmHg, pero ésta no resultó estadísticamente significativa por lo que se acepta la hipótesis nula. Ver Figura 31.

Figura 31. Distribución de frecuencias del nivel de tensión arterial del antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con hipertensión

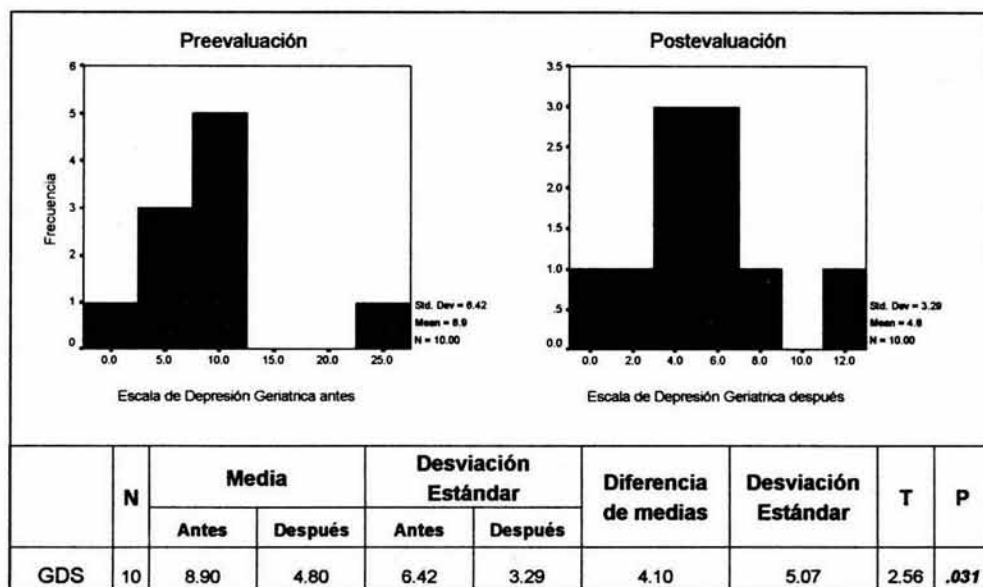


	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Antes	Después	Antes	Después				
Tensión sistólica	19	133.42 mm/Hg	121.47 mm/Hg	15.65	11.48	11.95	17.96	2.89	.010
Tensión diastólica	19	77.21 mm/Hg	73.58 mm/Hg	10.67	8.40	3.63	9.55	4.65	.115

La Figura 32 presenta la distribución de frecuencias de la muestra con diabetes en la Escala de Depresión Geriátrica, se observa que en la preevaluación los puntajes más frecuentes se presentaron de 5 a 11 puntos, que indican ausencia de depresión y en la postevaluación obtuvieron puntajes entre 4 y 6 que también corresponden a ausencia de depresión.

Las adultas mayores diabéticas disminuyeron su nivel de depresión medida con la GDS al finalizar el Programa, la media inicial fue de 8.90 en esta escala y la media final fue de 4.80; a pesar de que ambos puntajes se encuentran en el nivel que indica ausencia de depresión, se observa en la Figura 32 que fue significativa la diferencia entre las medias, lo que permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión de las adultas mayores con diabetes medido con la GDS antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

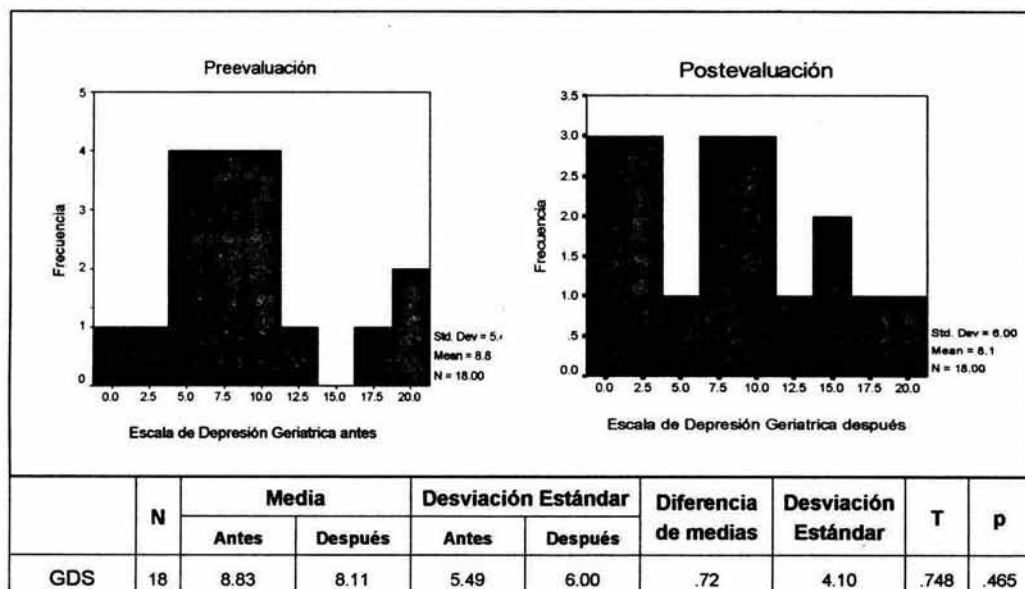
Figura 32. Distribución de frecuencias de la Escala de Depresión Geriátrica antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con diabetes



La distribución de frecuencias de la GDS de la muestra con hipertensión se presenta en la Figura 33. Se observa que en la preevaluación obtuvieron una media de 8.8 que indica ausencia de depresión y en la postevaluación la media fue 8.1 que corresponde también a ausencia de depresión.

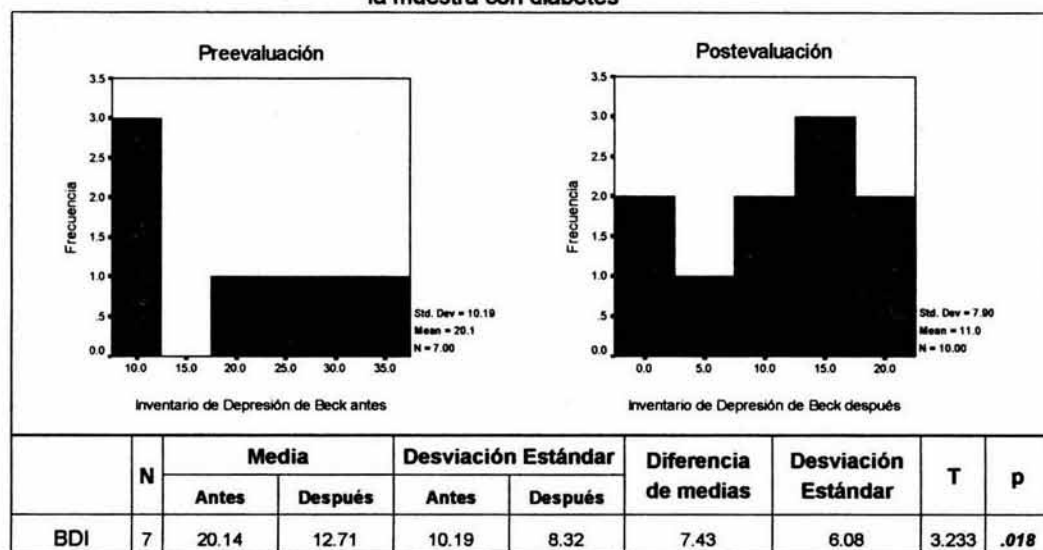
Al comparar las medias iniciales y finales del nivel de depresión se encontró que la diferencia entre las medias es no significativa, lo que permite aceptar la hipótesis nula, no existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión de las adultas mayores con hipertensión medido con la GDS, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 33. Distribución de frecuencias de la Escala de Depresión Geriátrica antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con hipertensión



En cuanto a los puntajes del Inventario de Depresión de Beck que obtuvieron las adultas mayores diabéticas, se observa en la Figura 34 una media de 20.1 puntos (depresión moderada) para la preevaluación y 11 puntos (depresión leve) para la postevaluación, lo que indica una disminución en los puntajes obtenidos en el BDI, aparentemente disminuyeron sus síntomas de depresión al finalizar el Programa. Esta diferencia entre las medias es estadísticamente significativa, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión de las adultas mayores con diabetes medido con el BDI antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 34. Distribución de frecuencias del Inventario de Depresión de Beck antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con diabetes

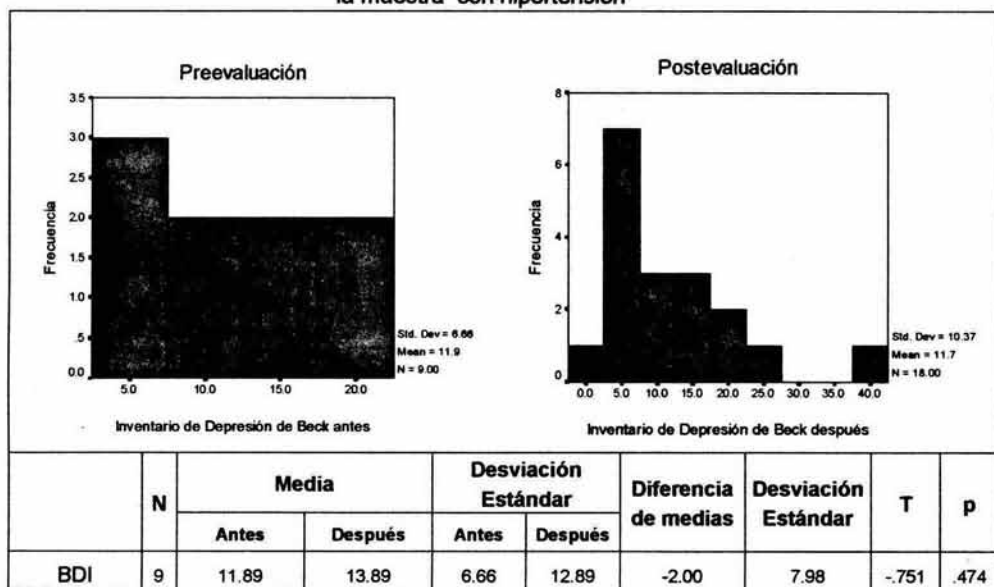


Nota: las medias presentadas en las graficas son diferentes a las que se presentan en la tabla, debido a que en el análisis estadístico se eliminan a las sujetos que tienen una sola evaluación.

La Figura 35 muestra la distribución de frecuencias de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck que obtuvieron las adultas mayores hipertensas. En la preevaluación se obtuvo una media de 11.9 puntos (depresión leve) y en la postevaluación una media de 11.7 puntos (depresión leve).

Al aplicar la prueba t de Student se observó un aumento no significativo en la media de los puntajes. Estos resultados permiten aceptar la hipótesis nula, no existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión de las adultas mayores con hipertensión medido con el BDI, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 35. Distribución de frecuencias del Inventario de Depresión de Beck antes y después del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con hipertensión



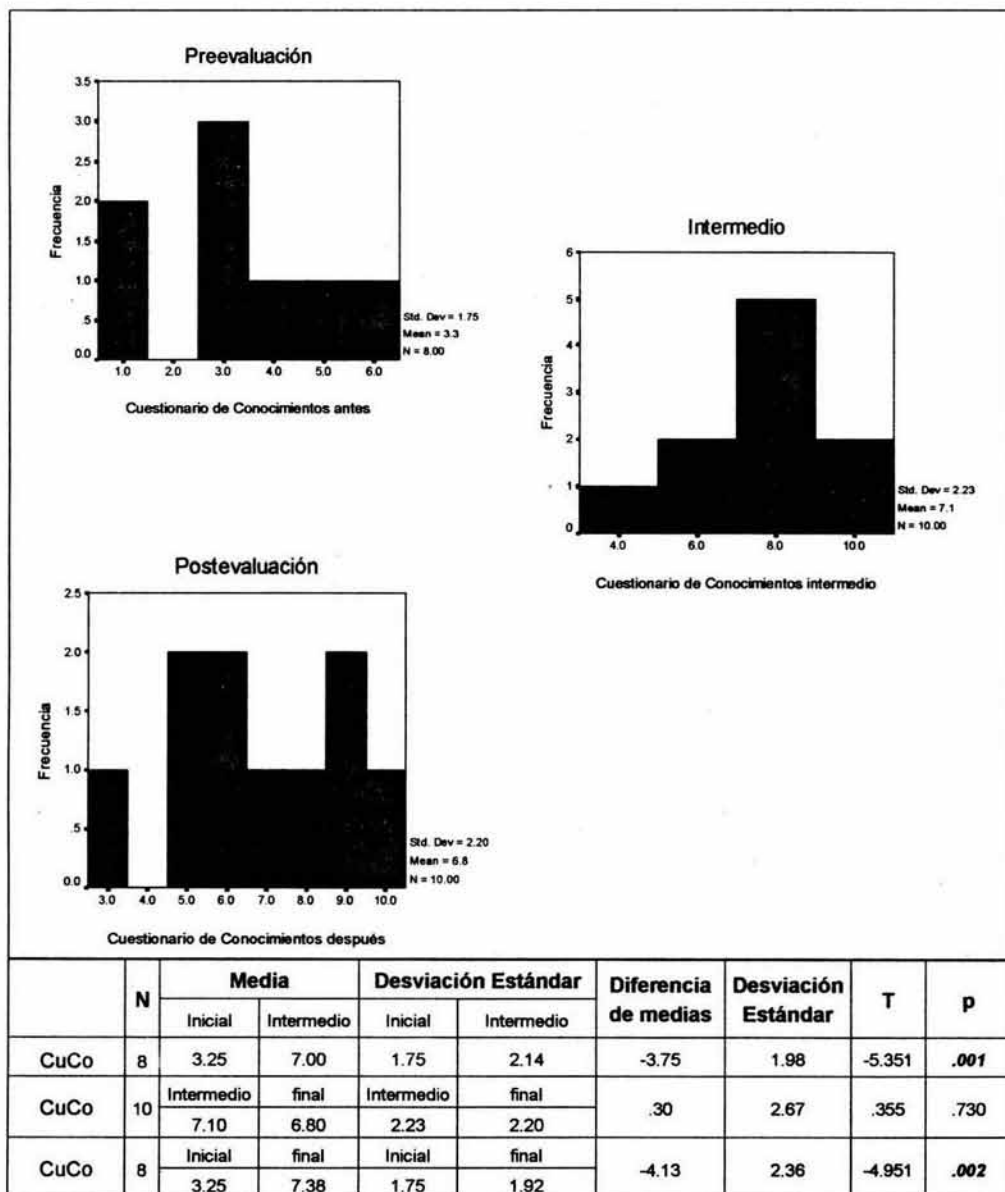
Nota: las medias presentadas en las graficas son diferentes a las que se presentan en la tabla, debido a que en el análisis estadístico se eliminan a las sujetos que tienen una sola evaluación.

La distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Conocimientos (Figura 36), ilustra que las pacientes diabéticas antes de la intervención tenían poco conocimiento de su enfermedad, ya que la media fue de 3.3 respuestas correctas; en la evaluación intermedia la media fue de 7.1 puntos y al finalizar el Programa las adultas mayores obtuvieron una media de 6.8 puntos. Esto indica que las adultas mayores adquirieron conocimientos después de las sesiones de educación para la salud y éstos se mantuvieron al final de la intervención.

Al aplicar la prueba t de Student se encontró que existe diferencia significativa al comparar los puntajes obtenidos en el CuCo inicial y el intermedio, lo cual indica que las adultas mayores adquirieron conocimientos acerca de la diabetes al concluir las tres primeras sesiones del Programa. Además, como se observa en la Figura 36, también existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes del CuCo inicial y final, lo que muestra que las adultas mayores mantuvieron los conocimientos sobre la diabetes hasta concluir el Programa. La falta de diferencia significativa en la comparación de medias entre los puntajes del CuCo intermedio y el final apoya la afirmación de adquisición de conocimientos en las primeras sesiones que se mantiene hasta concluir el Programa. Con estos resultados se pueden rechazar las hipótesis nulas y afirmar que si existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de las adultas mayores con diabetes antes de iniciar el Programa de atención psicológica y después de las tres primeras sesiones, y también en el conocimiento de la enfermedad de las adultas mayores con diabetes antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

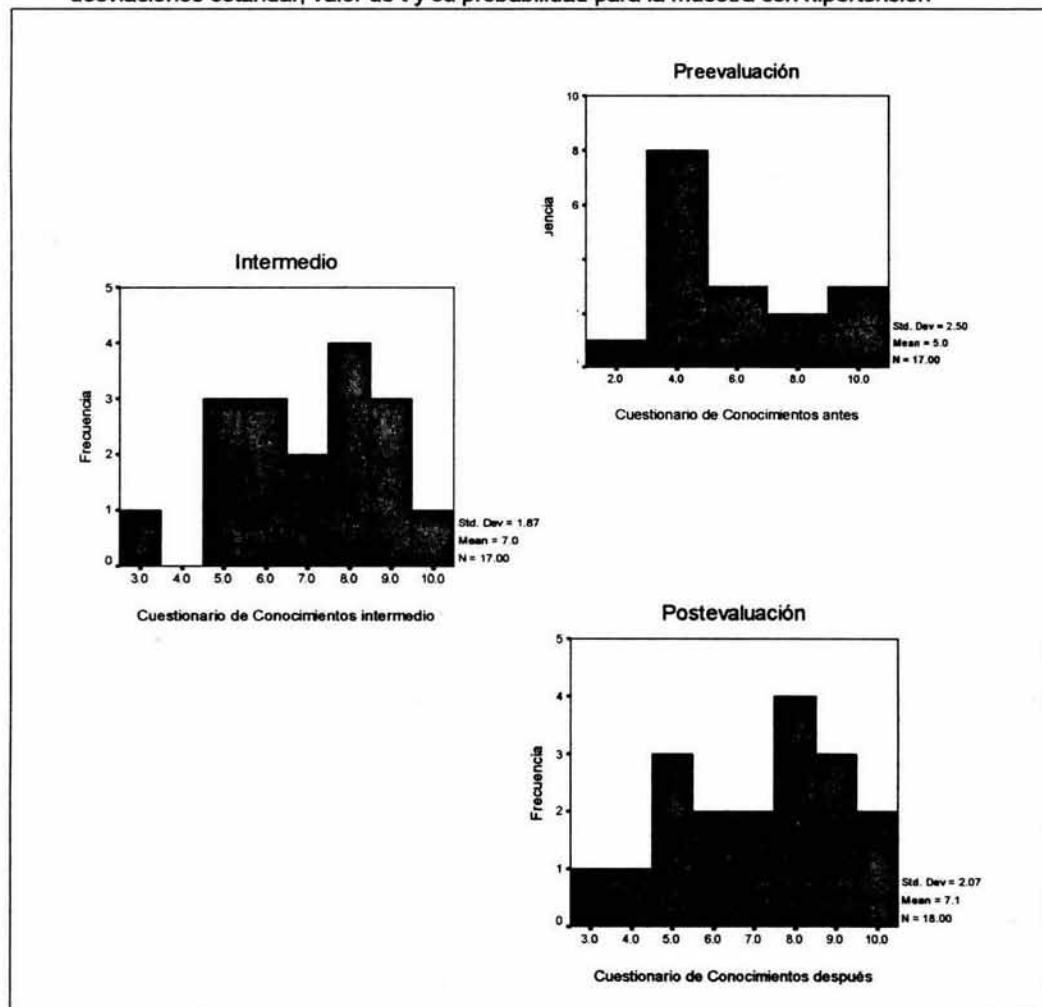
Figura 36. Distribución de frecuencias del Cuestionario de Conocimientos en la preevaluación, evaluación intermedia y postevaluación del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con diabetes



En la Figura 37 se presenta la distribución de frecuencias del puntaje obtenido por las adultas mayores hipertensas en el Cuestionario de Conocimientos. Se observa que las pacientes hipertensas tenían regular conocimiento de su enfermedad antes de iniciar el Programa ya que obtuvieron una media de 5 respuestas correctas; en la evaluación intermedia incrementaron las respuestas correctas a una media de 7 puntos y en la postevaluación se mantuvo en 7.1 puntos.

Al igual que en las adultas mayores con diabetes, se encontró que existe diferencia significativa al comparar los puntajes obtenidos en el CuCo inicial y el intermedio, lo que indica que adquirieron conocimientos acerca de la hipertensión al concluir las tres primeras sesiones del Programa. También existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes del CuCo inicial y final, lo que indica que mantuvieron los conocimientos enseñados hasta la conclusión del Programa. La comparación de medias entre los puntajes del CuCo intermedio y el final no resultó significativa, lo que corrobora que las adultas mayores mantuvieron la información adquirida hasta concluir el Programa (un promedio de siete aciertos en el CuCo, ver Figura 37). Con estos resultados se pueden rechazar las hipótesis nulas y afirmar que si existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de las adultas mayores con diabetes antes de iniciar el Programa de atención psicológica y después de las tres primeras sesiones, y que si existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad de las adultas mayores con hipertensión antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 37. Distribución de frecuencias del Cuestionario de Conocimientos en la preevaluación, evaluación intermedia y postevaluación del Programa; medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para la muestra con hipertensión



	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Intermedio	Inicial	Intermedio				
CuCo	15	5.07	6.93	2.66	1.91	-1.87	2.03	-2.56	.003
CuCo	16	7.00	7.19	1.93	2.14	-.19	1.76	-.426	.676
CuCo	16	5.13	6.81	2.53	2.04	-1.69	2.15	-3.13	.007

En conclusión, las diferencias estadísticamente significativas pueden atribuirse a que probablemente las adultas mayores con diabetes siguieron las indicaciones y recomendaciones brindadas en el Programa en cuanto a alimentación, ejercicio, toma de medicamentos y relajación, lo cual se reflejó en la disminución de su peso, nivel de depresión y en el aumento y mantenimiento de conocimientos sobre su enfermedad.

Inventario de Calidad de Vida y Salud

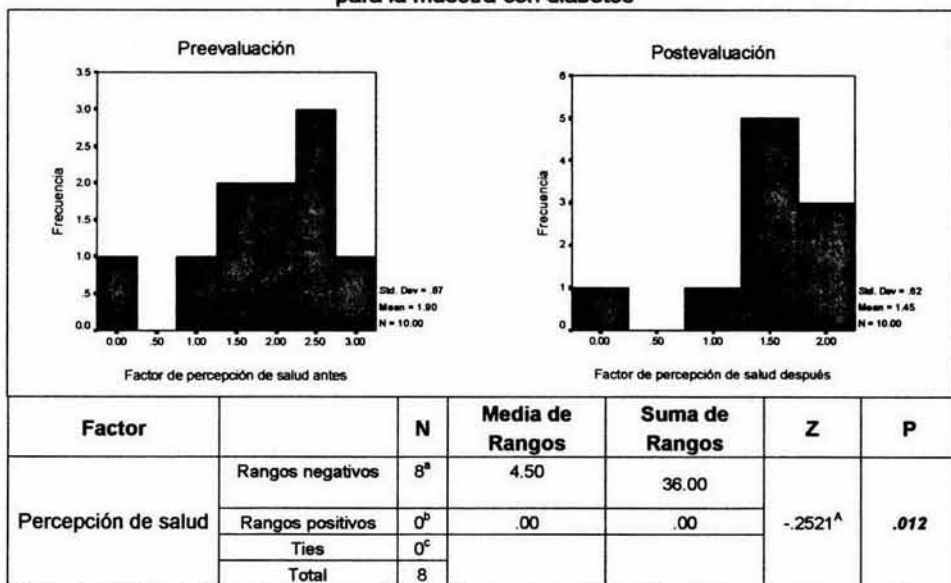
El análisis de los resultados del Inventario de Calidad de Vida y Salud para sus cuatro factores se realizó por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon, ya que el número de cuestionarios de los que dispuso fue muy pequeño. Se comparó los resultados de la preevaluación y postevaluación por separado en la muestra con diabetes y con hipertensión.

A continuación se presentan las figuras con la distribución de frecuencias de las variables en las que se observan las medias de rangos, la suma de rangos, prueba Z y su probabilidad que compara las mediciones iniciales y finales para las muestras con diabetes e hipertensión.

La Figura 38 presenta la distribución de frecuencias del factor percepción de salud del InCaViSa para las adultas mayores diabéticas, antes de la intervención obtuvieron una media de 1.9 que corresponde a una muy buena percepción de salud, mientras que en la postevaluación presentaron una media de 1.45 puntos que también corresponde a una muy buena percepción de salud.

En la prueba de rangos de Wilcoxon se encontró que la probabilidad de la diferencia en el factor de percepción de salud fue de 0.012 lo cual demuestra que mejoró la percepción de salud al finalizar el Programa. Se rechaza la hipótesis nula y se afirma que si existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor de percepción de salud y bienestar del InCaViSa por las adultas mayores con diabetes antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 38. Distribución de frecuencias del factor percepción de salud del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con diabetes



^a Percepción de salud después < Percepción de salud antes

^b Percepción de salud después > Percepción de salud antes

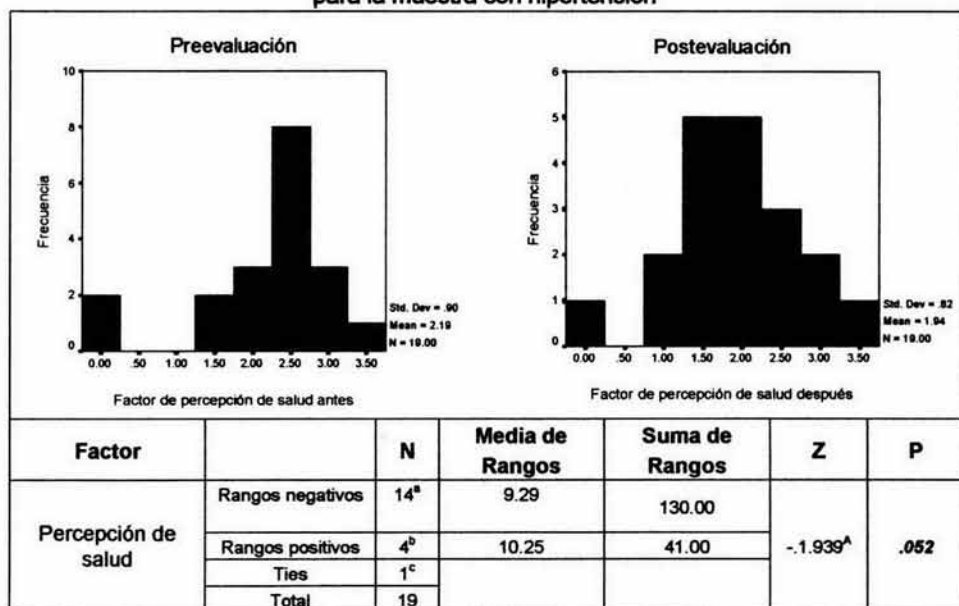
^c Percepción de salud antes = Percepción de salud después

^A Basado en rangos positivos.

La distribución de frecuencias del factor percepción de salud del InCaViSa para las adultas mayores hipertensas se observa en la Figura 39; antes de la intervención éstas percibieron su salud como buena (media de 2.19); en la evaluación después del Programa presentaron una media de 1.94 que corresponde a una muy buena percepción de salud.

En la comparación de la preevaluación y postevaluación del InCaViSa de las pacientes hipertensas, se encontró diferencia significativa en el factor de percepción de salud con una probabilidad de 0.052, lo cual muestra que hubo una mejor percepción del estado de salud. Se rechaza la hipótesis nula y se afirma que si existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor de percepción de salud y bienestar del InCaViSa por las adultas mayores con hipertensión antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 39. Distribución de frecuencias del factor percepción de salud del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con hipertensión



^a Percepción de salud después < Percepción de salud antes

^b Percepción de salud después > Percepción de salud antes

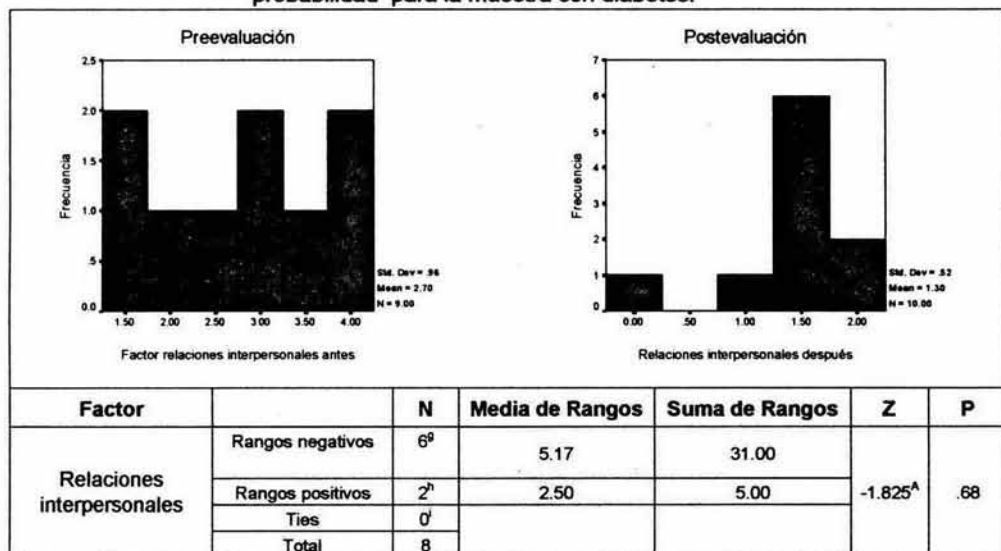
^c Percepción de salud antes = Percepción de salud después

^A Basado en rangos positivos.

La Figura 40 presenta la distribución de frecuencias en el factor relaciones interpersonales del InCaViSa, se observa que las pacientes diabéticas en la preevaluación perciben sus relaciones interpersonales pocas veces como deterioradas, ya que la mayoría obtuvo puntajes entre 1 y 4; mientras que en la postevaluación se obtuvo una concentración en el puntaje 1.5 que significa que casi nunca perciben deterioro en sus relaciones interpersonales.

Al aplicar la prueba estadística se encontró que no existen diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor relaciones interpersonales por las adultas mayores con diabetes, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Figura 40. Distribución de frecuencias del factor relaciones interpersonales del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con diabetes.



^a Relaciones interpersonales después < Relaciones interpersonales antes

^b Relaciones interpersonales después > Relaciones interpersonales después

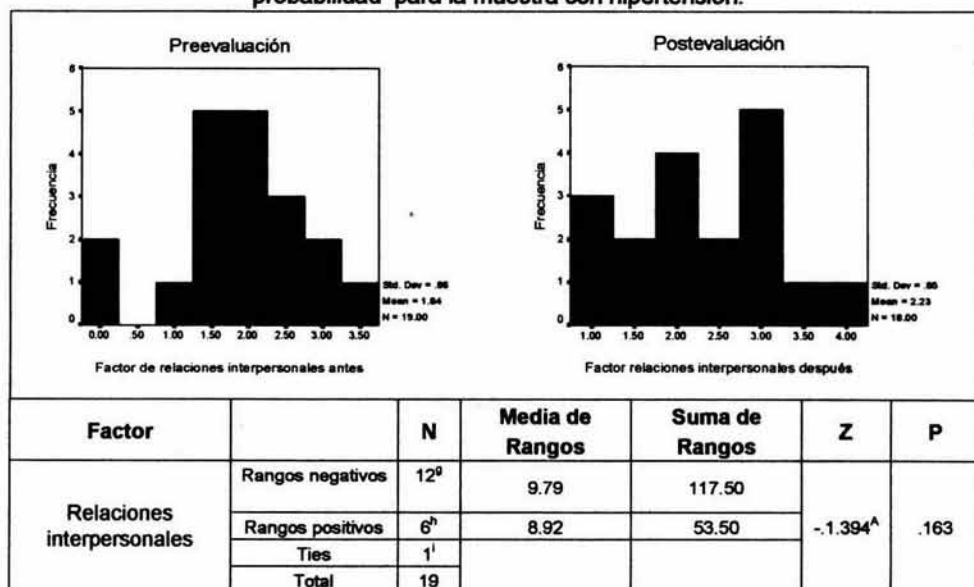
^c Relaciones interpersonales antes = Relaciones interpersonales después

^A Basado en rangos positivos.

La distribución de frecuencias del factor relaciones interpersonales del InCaViSa para la muestra con hipertensión, señala que en la preevaluación casi nunca perciben deterioro en sus relaciones interpersonales con una media de 1.84; mientras que en la postevaluación perciben pocas veces deterioro en sus relaciones interpersonales ya que se obtuvo una media de 2.23. Ver Figura 41.

En la prueba de rangos de Wilcoxon se encontró que no existen diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor relaciones interpersonales por las adultas mayores con hipertensión, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Figura 41. Distribución de frecuencias del factor relaciones interpersonales del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con hipertensión.



^g Relaciones interpersonales después < Relaciones interpersonales antes

^h Relaciones interpersonales después > Relaciones interpersonales después

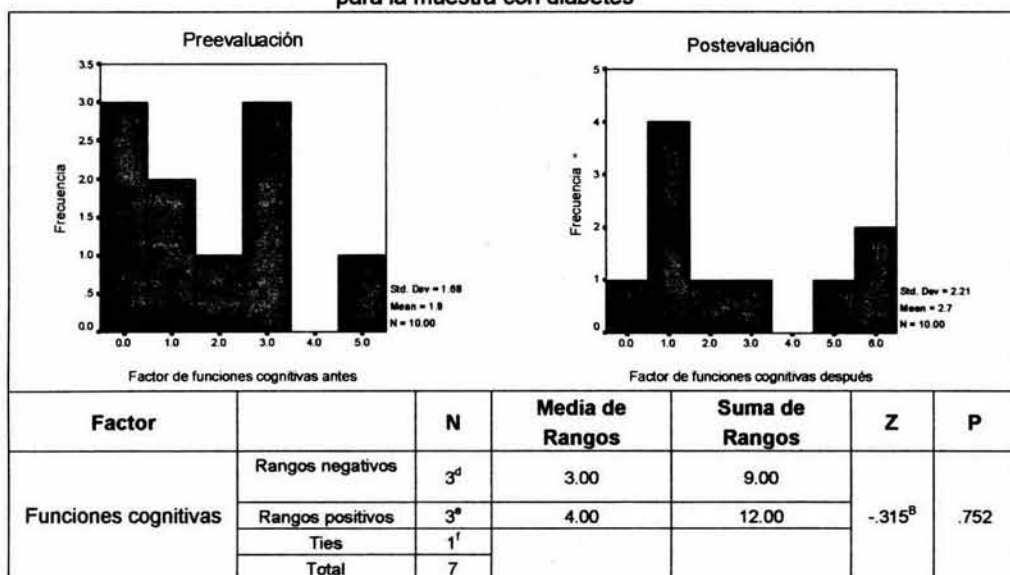
ⁱ Relaciones interpersonales antes = Relaciones interpersonales después

^A Basado en rangos positivos.

La Figura 42 presenta la distribución de frecuencias del factor funciones cognitivas del InCaViSa, se observa que las pacientes diabéticas casi nunca perciben deterioro en sus funciones cognitivas antes de la intervención (media de 1.8). Para la postevaluación consideran que pocas veces perciben deterioro en sus funciones cognitivas, ya que la media fue de 2.7.

La prueba de rangos de Wilcoxon indica que la diferencia entre las medias no resultó significativa por lo que se acepta la hipótesis nula, no existen diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor funciones cognitivas por las adultas mayores con diabetes, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 42. Distribución de frecuencias del factor funciones cognitivas del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con diabetes



^d Funciones cognitivas después < Funciones cognitivas antes

^a Funciones cognitivas después > Funciones cognitivas antes

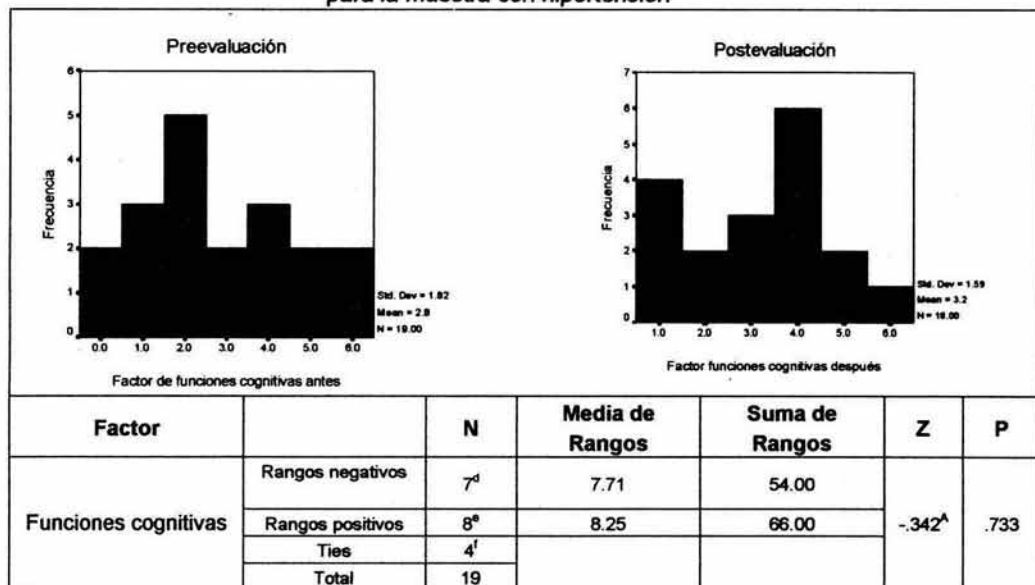
^f Funciones cognitivas antes = Funciones cognitivas después

^B Basado en rangos negativos.

En la distribución de frecuencias del factor funciones cognitivas del InCaViSa para las pacientes hipertensas, se observa que las adultas mayores obtuvieron antes de la intervención una media de 2.8, lo que indica que pocas veces perciben deterioro en sus funciones cognitivas, en la postevaluación la media fue de 3.2 que corresponde a que algunas veces perciben deterioro en sus funciones cognitivas. Ver Figura 43.

Al aplicar la prueba estadística se encontró que no existen diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor funciones cognitivas por las adultas mayores con hipertensión, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Figura 43. Distribución de frecuencias del factor funciones cognitivas del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con hipertensión



^d Funciones cognitivas después < Funciones cognitivas antes

^e Funciones cognitivas después > Funciones cognitivas antes

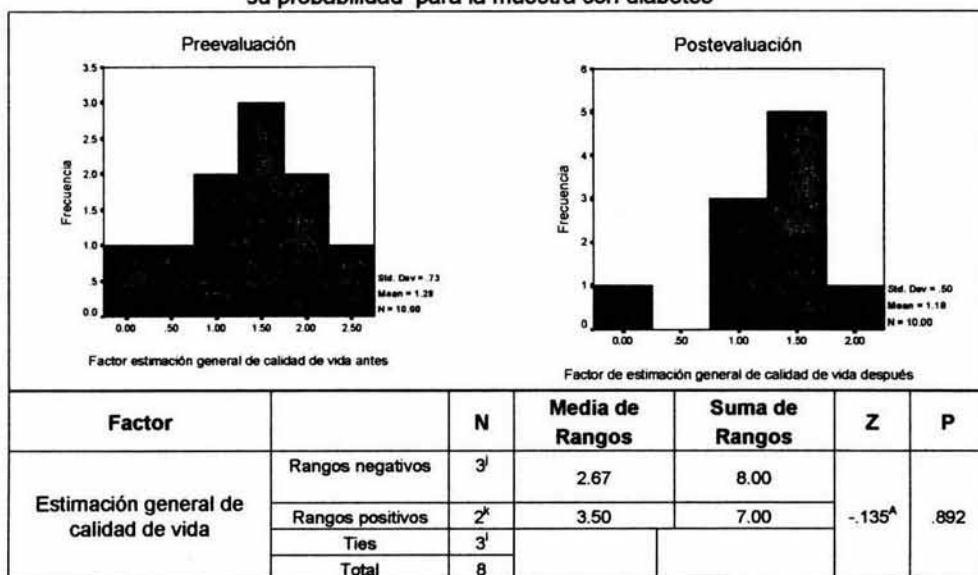
^f Funciones cognitivas antes = Funciones cognitivas después

^A Basado en rangos positivos.

La Figura 44 presenta la distribución de frecuencias del factor estimación general de calidad de vida del InCaViSa de la muestra con diabetes, se observa que en la preevaluación casi nunca perciben deterioro en su estimación general de calidad de vida (media de 1.28); la cual permaneció casi igual en la postevaluación (media de 1.18).

En la prueba estadística no se encontraron diferencia significativa al comparar las medias iniciales y finales obtenidas en este factor por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Figura 44. Distribución de frecuencias del factor estimación general de calidad de vida del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con diabetes



^j Estimación general de calidad de vida después < Estimación general de calidad de vida antes

^k Estimación general de calidad de vida después > Estimación general de calidad de vida antes

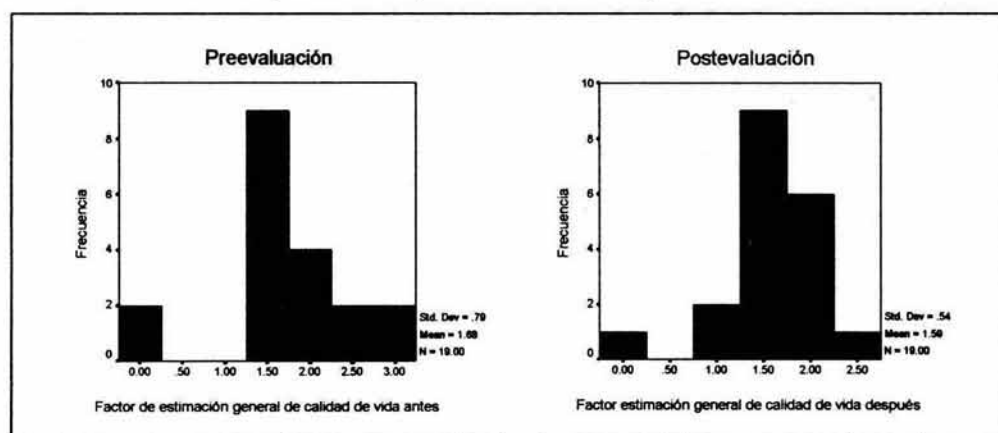
^l Estimación general de calidad de vida antes = Estimación general de calidad de vida después

^A Basado en rangos positivos.

En la distribución de frecuencias del factor estimación general de calidad de vida del InCaViSa antes y después del Programa de las adultas mayores hipertensas del factor estimación general de calidad de vida del InCaViSa, se observa que casi nunca perciben deterioro en su estimación general de calidad de vida (media de 1.68); lo cual se mantuvo al finalizar el Programa, ya que en la postevaluación obtuvieron una media de 1.59. Ver Figura 45.

La diferencia entre las medias no resultó significativa por lo que se acepta la hipótesis nula, no existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el factor estimación general de calidad de vida por las adultas mayores con hipertensión, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

Figura 45. Distribución de frecuencias del factor estimación general de calidad de vida del InCaViSa antes y después del Programa; media de rangos, suma de rangos prueba Z y su probabilidad para la muestra con hipertensión



Factor		N	Media de Rangos	Suma de Rangos	Z	P
Estimación general de calidad de vida	Rangos negativos	8 ^j	7.56	60.50	-.507 ^A	.612
	Rangos positivos	6 ^k	7.42	44.50		
	Ties	5 ^l				
	Total	19				

^j Estimación general de calidad de vida después < Estimación general de calidad de vida antes

^k Estimación general de calidad de vida después > Estimación general de calidad de vida después antes

^l Estimación general de calidad de vida antes = Estimación general de calidad de vida después

^A Basado en rangos positivos.

Comparación por reactivos del Inventario de Calidad de Vida y Salud

Para observar posibles efectos del Programa sobre la calidad de vida de manera más detallada, se comparó, mediante la prueba t de Student para muestras apareadas, las medias de cada uno de los reactivos que forman el InCaViSa por separado para la muestra con diabetes y con hipertensión.

A continuación se presentan las tablas con las medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad para cada una de las muestras que comparan las respuestas iniciales y finales de los reactivos del InCaViSa.

Tabla 5

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las respuestas iniciales y finales de los reactivos del InCaViSa, muestra con diabetes.

Reactivos	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
1. Mi salud en general es...	8	2.50	2.50	1.13	1.07	.38	1.19	.893	.402
2. En comparación...	8	3.50	2.00	1.69	1.20	1.50	1.51	2.81	.026
3. Creo que si me...	7	2.00	1.14	1.15	.38	.86	.90	2.52	.045
4. Temo que mi salud...	7	3.00	1.71	2.08	1.25	1.29	1.80	1.89	.108
5. Creo que me enfermo...	8	3.00	2.25	1.77	1.58	.75	2.25	.942	.378
6. Me siento a gusto...	8	2.00	1.00	1.77	.00	1.00	1.77	1.59	.155
7. Mi enfermedad limita...	7	2.71	1.57	2.21	1.13	1.14	1.86	1.62	.156
8. Si puedo, ayudo...	8	2.00	1.38	.93	.52	.63	.92	1.93	.095
9. Me siento solo(a)...	8	2.38	1.00	2.07	.00	1.38	2.07	1.88	.102
10. Me incomoda el trato...	8	3.00	1.00	2.27	.00	2.00	2.27	2.49	.041
11. Prefiero estar solo(a)	8	2.88	1.50	2.23	1.41	1.38	1.85	2.11	.073
12. Mi familia me comprende...	7	2.00	1.71	1.53	1.89	.29	2.75	.275	.793
13. Me preocupa que mi ...	8	4.13	3.25	2.36	2.49	.88	1.73	1.43	.195
14. El trato de mi familia...	8	2.63	1.00	2.20	.00	1.63	2.20	2.09	.075
15. Mi familia me cuida...	6	4.33	5.17	2.07	2.04	-.83	2.79	-.732	.497
16. Mi enfermedad es una...	7	2.43	1.71	2.44	1.89	.71	1.89	1.00	.356
17. Tengo temor de contagiar...	7	1.71	1.00	1.89	.00	.71	1.89	1.00	.356

Continuación Tabla 5

Reactivos	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
18.El amor de mi familia...	7	1.29	1.00	.76	.00	.29	.76	1.00	.356
19.Me preocupa que alguien...	8	2.50	1.00	2.27	.00	1.50	2.27	1.87	.104
20.Desde que estoy...	2	4.50	1.00	2.12	2.89	3.50	2.12	2.33	.258
22.Puedo satisfacer...	8	4.33	2.67	2.89	.00	1.67	2.89	1.00	.423
23.Me siento satisfecho(a).	3	2.25	1.38	1.75	1.06	.88	2.30	1.08	.317
25.Soy un(a) buen(a)...	2	2.33	1.67	2.31	1.15	.67	1.15	1.00	.423
26.Mantengo mis metas	2	1.40	1.00	.55	.00	.40	.55	1.63	.178
27.Mis compañeros...	5	3.00	1.00	2.83	.00	2.00	2.83	1.00	.500
28.Por mi enfermedad...	6	3.00	1.00	2.83	.00	2.00	2.83	1.00	.500
29.Pienso que mi vida...	6	2.40	5.00	2.07	2.24	-2.60	2.41	-2.41	.073
30.Tengo dificultades...	7	2.17	1.83	1.83	1.60	.33	2.88	.284	.788
31.Tengo problemas...	7	3.50	2.83	1.97	2.23	.67	1.97	.830	.444
32.Otros miembros...	7	3.00	2.71	2.00	2.36	.29	2.87	.263	.801
33.Me parece que desde...	7	2.57	2.29	1.99	1.98	.29	1.50	.505	.631
34.Creo que nadie...	7	3.86	2.86	2.12	2.41	1.00	2.52	1.05	.334
35.Me siento confiado(a)...	7	1.57	1.00	.79	.00	.57	.79	1.92	.103
36.Siento que soy un...	6	2.29	1.00	1.38	.00	1.29	1.38	2.46	.049
37.Me da pena que noten...	5	2.71	2.00	1.98	1.73	.71	1.38	1.37	.220
38.Me siento tan vacío(a)...	7	2.00	1.17	2.00	.41	.83	1.60	1.27	.259
39.Desde que me enfermé...	7	1.60	1.80	.89	1.79	-.20	1.79	-.250	.815
40.Estoy satisfecho...	8	1.57	1.43	1.51	1.13	.14	2.04	.186	.859
41.Me preocupa que mi ...	8	2.71	1.14	2.21	.38	1.57	2.15	1.94	.101
42.Divertirme me ayuda	7	1.88	1.38	1.46	1.06	.50	2.00	.707	.502
43.Deseo aprender...	7	1.63	1.00	.92	.00	.63	.92	1.93	.095
44.Saber que los demás ...	6	1.86	1.71	1.57	1.89	.14	2.04	.186	.859
45.Me siento cansado(a) ...	7	2.71	3.29	1.60	2.21	-.57	2.37	-.638	.547
46.Estar somnoliento..	8	2.33	2.83	1.75	2.23	-.50	3.45	-.355	.737
47.Estoy satisfecho...	8	2.29	1.00	1.80	.00	1.29	1.80	1.89	.108
48.Disfruto la comida...	8	2.63	1.75	1.77	1.49	.88	2.03	1.22	.262
49.Me siento restringido...	8	3.25	1.63	2.25	1.19	1.63	1.85	2.49	.042

Continuación Tabla 5

Reactivos	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
50. Necesito la ayuda...	8	1.88	1.50	1.81	1.41	.38	.74	1.43	.197
51. El trato que he recibido...	8	1.50	1.00	1.07	.00	.50	1.07	1.32	.227
52. Estoy satisfecho...	8	1.25	1.63	.71	1.77	-.38	2.00	-.532	.612
53. Las cosas que me hacen...	8	3.00	1.50	2.33	1.07	1.50	2.27	1.87	.104
54. Estoy satisfecho...	7	2.00	1.00	1.41	1.20	1.00	1.51	1.87	.104
55. Me fastidia tomar...	8	3.38	1.63	1.51	.38	1.75	1.75	2.82	.026
56. Los efectos de las...	8	2.00	1.29	.00	1.25	.71	1.11	1.70	.140
57. Me siento activo...	7	1.63	1.75	1.92	1.58	-.13	1.64	-.215	.836
58. Las molestias físicas...	8	2.50	1.75	1.19	.00	.75	1.16	1.82	.111
59. Hacer ejercicio me debilita	8	1.57	1.43	1.41	1.13	.14	.69	.548	.604
60. Puedo realizar actividades...	8	4.25	4.25	.76	.52	.00	1.77	.000	1.00
61. Puedo realizar actividades...	7	2.00	1.00	.74	.00	1.00	1.77	1.60	.155
62. Puedo valerme....	7	1.38	1.00	1.49	.00	.38	.74	1.43	.197
63. En los últimos seis...	8	1.43	1.71	1.93	1.41	-.29	.49	-1.55	.172
64. En los últimos siete...	8	1.57	1.71	1.39	1.89	-.14	.69	-.548	.604
65. Elija una letra de...	8	1.50	1.75	1.13	2.49	-.25	1.16	-.601	.563

Los reactivos 21 y 24 fueron anulados del análisis estadístico, porque presentaron las mismas medias en las respuestas.

Al comparar la media de la preevaluación con la media de postevaluación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes reactivos para la muestra con diabetes. En el reactivo 2 se encontró que las adultas mayores valoraron mejor su estado de salud al finalizar el Programa, lo cual permite afirmar que la intervención les permitió incrementar adecuadamente su percepción de salud.

En el reactivo 3 al cierre del Programa las adultas mayores admiten con mayor frecuencia que el cuidado de la salud las llevará a mejorar; probablemente durante la intervención adquirieron habilidades para que el cuidado de la salud, como seguir las indicaciones del médico, llevar una correcta alimentación, tomar adecuadamente sus medicamentos, hacer ejercicio y tener un mayor control de las emociones.

En el reactivo 10, se encontró que perciben menos incomodo el trato que reciben por su enfermedad.

En el reactivo 36, con menor frecuencia se autopercebían como estorbo, inútil o incompetente al finalizar el Programa; este cambio puede deberse a que después de

formar parte de un grupo de personas con características similares lograron percibir que muchas de sus compañeras presentaban limitaciones similares, lo cual las llevó a darse cuenta que son características o situaciones típicas que presentan las personas con esta enfermedad o con esta edad.

La oración "Me siento restringido(a) por mi peso" correspondiente al reactivo 49, indica que al culminar el Programa las adultas mayores se sintieron menos limitadas por su peso, probablemente por la disminución de peso, el cual pudo ser influido por las sesiones enfocadas hacia una mejor alimentación en las que se brindaron alternativas para comer lo que les gusta pero siguiendo las indicaciones de un adecuado plan alimentario, además por las recomendaciones para aumentar su actividad física. Otra explicación, al considerar que la disminución promedio del peso fue de 2.35 kilogramos, es que probablemente con la información sobre la enfermedad y como controlarla (seguimiento del régimen alimenticio) mejoró la percepción de su autoimagen.

En el reactivo 55 las adultas mayores perciben con menor molestia la toma de medicamentos. Debido probablemente a las sesiones dedicadas a la toma de medicamentos que pretenden mostrar las ventajas de la toma adecuada de los medicamentos y las consecuencias de no tomarlos.

Tabla 6

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las respuestas iniciales y finales de los reactivos del InCaViSa, muestra con hipertensión

Reactivos	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
1. Mi salud en general es...	17	3.29	2.88	1.24	.86	.41	1.46	1.163	.262
2. En comparación...	16	3.75	2.63	1.01	.89	1.13	1.54	2.915	.011
3. Creo que si me cuido...	16	2.31	2.19	1.35	1.76	.13	1.86	.269	.791
4. Temo que mi salud...	15	2.40	1.93	1.64	1.33	.47	1.46	1.240	.235
5. Creo que me enfermo más...	16	2.81	2.00	1.05	1.51	.81	1.91	1.706	.109
6. Me siento a gusto entre...	17	2.00	1.71	1.37	1.69	.29	2.08	.582	.569
7. Mi enfermedad limita mi vida...	17	2.29	2.29	1.86	1.83	.00	2.92	.000	1.00
8. Si puedo, ayudo a...	15	2.00	1.93	1.13	1.39	6.67E-02	1.58	.163	.872
9. Me siento solo(a) aún...	17	1.82	1.24	1.59	.56	.59	1.70	1.43	.172
10. Me incomoda el trato que...	17	2.06	1.88	1.48	1.73	.18	2.58	.282	.782
11. Prefiero estar solo(a)...	17	2.76	2.00	2.11	1.54	.76	2.66	1.19	.253
12. Mi familia me comprende...	17	2.29	1.88	1.53	1.45	.41	1.94	.876	.394
13. Me preocupa que mi...	14	4.57	2.50	1.65	1.83	2.07	1.90	4.08	.001
14. El trato de mi familia...	16	2.38	1.75	1.71	1.57	.63	2.16	1.16	.264
15. Mi familia me cuida...	16	3.81	3.69	1.33	1.92	.13	2.16	.232	.820
16. Mi enfermedad es una...	16	2.25	2.06	1.44	1.69	.19	2.20	.341	.738
17. Tengo temor de contagiar...	15	1.80	1.07	1.74	.26	.73	1.79	1.58	.135
18. El amor de mi familia es...	16	1.63	2.06	1.15	1.98	-.44	1.59	-1.10	.289
19. Me preocupa que alguien...	17	2.35	2.29	1.66	1.76	5.88E-02	2.30	.105	.917
20. Desde que estoy...	7	3.00	2.71	2.08	2.21	.29	3.15	.240	.818
21. Siento que mi enfermedad...	5	4.80	5.00	2.17	1.41	-.20	2.17	-2.06	.847
22. Puedo satisfacer...	6	3.17	3.83	1.94	1.83	-.67	1.03	-1.58	.175
23. Me siento satisfecho(a).	13	2.08	2.23	1.32	1.74	-.15	1.68	-3.31	.746
24. Temo que me despidan...	2	1.50	2.50	.71	2.12	-1.00	1.41	-1.00	.500
25. Soy un(a) buen(a)...	7	2.57	1.43	1.81	.79	1.14	1.21	2.48	.047

Continuación Tabla 6

Reactivos	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
26. Mantengo mis metas...	9	1.78	2.22	.97	1.30	-.44	1.13	-1.18	.272
29. Pienso que mi vida...	14	3.50	3.86	1.87	2.25	-.36	2.31	-5.79	.572
30. Tengo dificultades...	16	3.44	3.56	1.93	1.75	-.13	1.20	-4.15	.684
31. Tengo problemas...	16	3.50	3.50	1.55	1.71	.00	2.07	.000	1.00
32. Otros miembros...	15	2.87	2.40	1.92	1.76	.47	2.36	.767	.456
33. Me parece que desde...	13	2.85	2.38	1.68	2.06	.46	2.15	.776	.453
34. Creo que nadie...	14	3.43	2.43	1.99	1.91	1.00	2.66	1.41	.183
35. Me siento confiado(a)...	17	2.47	2.00	1.81	1.54	.47	2.32	.836	.416
36. Siento que soy un...	16	1.56	1.19	.81	.75	.38	1.20	1.25	.232
37. Me da pena que noten...	16	2.19	1.63	1.52	1.45	.56	2.45	.919	.373
38. Me siento tan vacío(a)...	16	1.44	1.13	.89	.34	.31	.95	1.32	.206
39. Desde que me enfermé...	17	2.94	2.00	2.05	1.66	.94	2.59	1.51	.153
40. Estoy satisfecho...	16	2.19	2.00	1.33	1.59	.19	1.76	.426	.676
41. Me preocupa que mi...	17	2.71	1.94	1.61	1.56	.76	2.31	1.37	.190
42. Divertirme me ayuda...	17	2.00	1.94	1.27	1.48	5.88E-02	1.71	.142	.889
43. Deseo aprender...	16	2.38	2.19	1.78	1.83	.19	2.20	.341	.738
44. Saber que los demás se...	14	1.29	1.50	.47	1.29	-.21	1.25	-.641	.533
45. Me siento cansado(a)...	16	2.81	2.50	1.94	2.00	.31	1.89	.662	.518
46. Estar somnoliento...	14	3.29	2.36	2.05	1.65	.93	1.98	1.75	.103
47. Estoy satisfecho(a).	16	2.88	2.31	1.50	1.82	.56	2.00	1.13	.278
48. Disfruto la comida...	16	2.94	2.81	1.57	1.91	.13	2.63	.190	.852
49. Me siento restringido...	14	3.71	3.57	1.54	1.79	.14	1.46	.366	.720
50. Necesito la ayuda...	16	1.88	2.06	1.09	1.34	-.19	1.76	-.426	.676
51. El trato que he recibido...	13	2.15	1.85	1.68	1.68	.31	2.06	.539	.600
52. Estoy satisfecho...	16	3.13	1.69	1.89	1.35	1.44	2.45	2.35	.033
53. Las cosas que me hacen...	15	2.80	1.53	2.04	1.13	1.27	1.62	3.02	.009
54. Estoy satisfecho...	16	2.50	1.56	1.71	1.09	.94	2.11	1.77	.096
55. Me fastidia tomar tantas...	17	4.00	2.12	1.77	1.69	1.88	2.23	3.48	.003
56. Los efectos de las...	15	2.73	1.53	1.53	1.25	1.20	2.14	2.17	.048
57. Me siento activo y/o...	17	3.12	2.47	1.69	1.91	.65	1.77	1.511	.150

Continuación Tabla 6

Reactivos	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	P
		Inicial	Final	Inicial	Final				
58.Las molestias físicas me...	15	3.00	2.00	1.60	1.69	1.00	2.36	1.641	.123
59.Hacer ejercicio me debilita...	16	1.44	1.69	.63	1.30	-.25	1.39	-.719	.483
60.Puedo realizar actividades...	17	5.12	5.18	1.32	1.42	-5.88E-02	2.16	-.112	.912
61.Puedo realizar actividades...	17	2.41	2.18	1.54	1.55	.24	2.14	.454	.656
62.Puedo valerme por...	17	1.24	1.59	.56	1.50	-.35	1.27	-1.14	.269
63.En los últimos seis meses...	16	1.63	1.81	.50	.40	-.19	.40	-1.86	.083
64.En los últimos siete días...	16	1.75	1.63	.45	.50	.13	.62	.808	.432
65.Elija una letra de las...	17	2.53	1.76	1.28	.97	.76	1.35	2.34	.033

Los reactivos 27 y 28 fueron anulados del análisis estadístico porque muy pocas personas contestaron.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes reactivos:

En el reactivo 2 "En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?" valoraron mejor su estado de salud al finalizar el Programa.

En el reactivo 13, al finalizar el Programa se preocuparon con menor frecuencia, de que su familia cubriera los gastos de su enfermedad, probablemente porque percibieron a su familia como una red de apoyo para mejorar de su salud.

En el reactivo 25 las adultas mayores se perciben con mayor frecuencia como buenas trabajadoras al finalizar el Programa.

En el reactivo 52 se encontró que al finalizar el Programa las adultas mayores se sintieron frecuentemente satisfechas con la información sobre hipertensión que les ha brindado el equipo médico o de salud, esto puede deberse a que en el Programa se les proporcionó información sobre la hipertensión, sus complicaciones y tratamiento.

En el reactivo 53 se encontró que las adultas mayores después del Programa percibieron como menos doloroso el tratamiento, probablemente porque tienen el conocimiento de que estos procedimientos son necesarios para el cuidado de su salud.

En el reactivo 55 que las adultas mayores percibieron como menos molesto tomarse los medicamentos, debido probablemente a las sesiones dedicadas a la toma de medicamentos que pretenden lograr que las adultas mayores los tomen adecuadamente, a través de mostrar las ventajas de tomarlos adecuadamente y las consecuencias de no tomarlos.

En el reactivo 56 se encontró que al finalizar el Programa las adultas mayores consideraron, menos frecuentemente que los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad, esto se podría explicar por la información que recibieron y discutieron sobre las complicaciones graves de la hipertensión y los efectos secundarios de los medicamentos, por lo que consideraron que es mejor tomarlos para evitar consecuencias. Otra posible explicación es que en las sesiones de medicamentos se les informó sobre los posibles efectos secundarios enfatizando la diferencia con los malestares de la enfermedad, además se incluyó el tema de estrategias de comunicación medico-paciente, en la que se trabajó la importancia de manifestar a su médico provocados por los medicamentos con la finalidad de ajustar dosis o cambiar el medicamento para evitar o minimizar dichos efectos.

En el reactivo 65 se encontró que las adultas mayores estiman mejor su calidad de vida después del Programa. Esto se debe probablemente al aumento en la adherencia terapéutica lo que les permite mantener el control de su enfermedad.

Al comparar los reactivos con diferencias significativas de las adultas mayores diabéticas con las adultas mayores hipertensas, se observa que sólo en el reactivo 2 y el reactivo 55, los cambios ocurrieron en la misma dirección. Ambos grupos percibieron mejoría en su estado de salud en comparación con el año pasado y señalaron como menos molesto el tomar tantas medicinas. Sólo en 2 reactivos de 65 se obtuvo diferencia significativa, entre el pre y el post en ambos grupos. Lo anterior indica que los resultados de los reactivos del InCaViSa se comportan diferente en ambos grupos después del Programa y sugiere que hay aspectos psicológicos particulares en los pacientes de cada enfermedad que influyen en la percepción de calidad de vida.

Los resultados en cuanto a la comparación de los reactivos indican un probable efecto cognoscitivo del Programa, además de un efecto sobre la aceptación del tratamiento y las molestias de la enfermedad. La información adquirida por las pacientes durante el Programa eliminó algunas de sus creencias erróneas acerca de la enfermedad, formó una actitud más positiva hacia el tratamiento y generó mejor disposición para poner en práctica las habilidades de autocuidado, lo que tuvo como consecuencia que las adultas mayores percibieran mejoría en su estado de salud.

Adherencia terapéutica. Registros conductuales

Para observar posibles efectos del Programa sobre la adherencia terapéutica, se comparó las medias iniciales, intermedias y finales de los registros semanales de toma de medicamentos, alimentos, actividad física, emociones negativas y consumo de café; se contrastó por separado las medias de la muestra con diabetes y con hipertensión.

Para comparar las medias, primero se resumieron los registros diarios en 12 semanas -1 de línea base y las 11 restantes que corresponden a la duración del Programa- de la siguiente forma:

- a) en el registro de toma de medicamentos se obtuvo el porcentaje de consumo adecuado en cada semana (según la dosis prescrita para cada adulta mayor),
- b) para el registro de alimentos se contó los días de la semana en que la adulta mayor siguió su régimen alimenticio.
- c) para el de actividad física se sumaron los minutos de ejercicio semanal que la adulta mayor realizó.
- d) para el registro de emociones negativas se tomó el número de emociones negativas (enojo, tristeza, ansiedad) que la adulta mayor informó cada semana.
- e) para el registro de consumo de café, se contó las tazas que cada adulta mayor consumió en la semana.

Posteriormente se promedió los registros semanales de la siguiente forma: línea base y las tres sesiones iniciales (de la 1 a la 3), cuatro sesiones intermedias (de la 4 a la 7) y cuatro sesiones finales (de la 8 a la 11), para confrontarlos a través de la prueba t de Student para muestras apareadas.

A continuación se presentan las tablas en las que se observan las medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que compara las mediciones iniciales, intermedias y finales de los registros conductuales para las muestras con diabetes e hipertensión.

Tabla 7

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que compara las mediciones iniciales, intermedias y finales de los registros conductuales para la muestra con diabetes.

	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia				
Registro de toma de medicamentos	7	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	2.91	16.10	.478	.650
		75.07%	72.17%	33.96	35.71				
Registro de toma de medicamentos	6	Inicial	Final	Inicial	Final	-.19	23.73	-.019	.985
		70.92%	71.11%	35.20	31.92				
Registro de toma de medicamentos	7	Intermedia	Final	Intermedia	Final	-12.25	24.54	-1.321	.235
		62.98%	75.23%	35.62	31.12				
Registro de alimentos	7	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	-1.00	1.77	-1.501	.184
		4.53 días	5.53 días	1.31	1.21				
Registro de alimentos	5	Inicial	Final	Inicial	Final	-.46	1.47	-.695	.525
		4.79 días	5.25 días	1.38	1.31				
Registro de alimentos	6	Intermedia	Final	Intermedia	Final	-.22	.87	-.622	.561
		5.32 días	5.54 días	1.13	1.37				
Registro de actividad física	7	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	-50.00	83.15	-1.591	.163
		120.71 min.	170.71 min.	111.63	156.87				
Registro de actividad física	6	Inicial	Final	Inicial	Final	-95.41	155.84	-1.500	.194
		123.75 min.	219.17 min.	103.87	147.97				
Registro de actividad física	6	Intermedia	Final	Intermedia	Final	-36.25	104.47	-.850	.434
		156.25 min.	192.50 min.	166.66	167.41				
Registro de consumo de café	6	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	1.14	2.63	1.060	.338
		1.22 tazas	8.3E-02 tazas	2.83	.20				
Registro de consumo de café	5	Inicial	Final	Inicial	Final	1.32	3.20	.919	.410
		1.47 tazas	.15 tazas	3.10	.33				
Registro de consumo de café	6	Intermedia	Final	Intermedia	Final	-4.1667E-02	.40	-.255	.809
		8.3E-02 tazas	.12 tazas	.20	.31				

En la Tabla 7 se observa que ninguna comparación entre las medias de los registros resultó significativa en la muestra con diabetes, por lo cual se aceptan las hipótesis nulas, no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de adherencia (toma de medicamentos, ingestión de alimentos, actividad física, emociones negativas, consumo de café) antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica, entre la línea base / tres primeras sesiones y las cuatro sesiones intermedias, y entre las cuatro sesiones intermedias y las cuatro últimas sesiones.

Las adultas mayores con diabetes reportaron baja frecuencia de emociones negativas durante el Programa, por lo que estos registros se excluyeron del análisis.

Tabla 8

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las mediciones iniciales, intermedias y Final de los registros conductuales para la muestra con hipertensión.

	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia				
Registro de toma de medicamentos	18	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	-4.48	21.30	-.892	.385
		79.74%	84.22%	26.56	28.55				
Registro de toma de medicamentos	17	Inicial	Final	Inicial	Final	-3.07	30.86	-.411	.687
		75.74%	78.81%	26.99	33.81				
Registro de toma de medicamentos	16	Intermedia	Final	Intermedia	Final	4.87	23.37	.833	.418
		82.36%	77.49%	29.84	34.47				
Registro de alimentos	16	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	7.35 E-02	1.06	.276	.786
		5.69 días	5.61 días	1.42	1.18				
Registro de alimentos	14	Inicial	Final	Inicial	Final	-.54	1.08	-1.852	.087
		5.95 días	6.49 días	1.13	.66				
Registro de alimentos	14	Intermedia	Final	Intermedia	Final	-.76	.72	-3.906	.002
		5.83 días	6.58 días	1.07	.62				
Registro de actividad física	18	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	-37.15	65.40	-2.410	.028
		100.51 min.	137.66 min.	61.40	80.20				
Registro de actividad física	17	Inicial	Final	Inicial	Final	-131.40	71.91	-7.533	.000
		96.71 min.	228.11 min.	52.94	72.52				

Continuación Tabla 8

	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Intermedia	Final	Intermedia	Final				
Registro de actividad física	16	140.49 min.	232.37 min.	77.52	72.67	-91.87	70.16	-5.238	.000
Registro de emociones negativas	14	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	.52	1.66	1.162	.266
		1.36	.84	2.14	1.37				
Registro de emociones negativas	12	Inicial	Final	Inicial	Final	.57	.78	2.541	.027
		1.38	.79	2.32	1.92				
Registro de emociones negativas	12	Intermedia	Final	Intermedia	Final	.11	1.79	.215	.834
		.90	.79	1.47	1.92				
Registro de consumo de café	13	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	7.05E-02	1.09	.238	.816
		1.70 tazas	1.63 tazas	2.65	2.59				
Registro de consumo de café	11	Inicial	Final	Inicial	Final	.15	.57	.872	.404
		1.11 tazas	.95 tazas	2.25	2.15				
Registro de consumo de café	11	Intermedia	Final	Intermedia	Final	.16	.63	.831	.426
		1.11 tazas	.95 tazas	2.20	2.15				

Se observa que las adultas mayores con hipertensión aumentaron el seguimiento adecuado del régimen alimenticio entre las sesiones intermedias (5.83) y finales (6.58) (Ver Tabla 8), dicho aumento es significativo, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia estadísticamente significativa en el registro de ingestión de alimentos de las cuatro sesiones intermedias y las cuatro últimas sesiones del Programa de atención psicológica. También se encontró un aumento significativo en la actividad física semanal al comparar las medias de las sesiones iniciales e intermedias, las iniciales y finales y las intermedias y finales, se observa que el mayor incremento está entre las sesiones iniciales y finales, lo que indica que a lo largo del programa se incrementó la actividad física y que al finalizar el Programa las adultas mayores realizaron 131.40 minutos más de ejercicio, esto permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas en el registro de actividad física, antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica, entre la línea base / tres primeras sesiones y las cuatro sesiones intermedias, y entre las cuatro sesiones intermedias y las cuatro últimas sesiones.

Además se encontró que las adultas mayores con hipertensión disminuyeron sus emociones negativas al finalizar el Programa, la diferencia de medias resultó significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia estadísticamente significativa en el registro de emociones negativas de las adultas mayores antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica.

En la Tabla 8 se puede observar que las diferencias en cuanto a consumo adecuado de medicamentos y consumo de café no resultaron significativas, por lo tanto se aceptan las hipótesis nulas, no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de adherencia (toma de medicamentos y consumo de café) antes y después de aplicar el Programa de atención psicológica, entre la línea base / tres primeras sesiones y las cuatro sesiones intermedias, y entre las cuatro sesiones intermedias y las cuatro últimas sesiones.

Relajación. Temperatura periférica y frecuencia respiratoria

Se comparó las medias iniciales y finales de la temperatura periférica y frecuencia respiratoria de cada sesión de relajación, con la finalidad de evaluar la efectividad de la técnica de relajación utilizada en el Programa. Dicha comparación se realizó por separado para las muestras con diabetes y con hipertensión.

A continuación se presentan las tablas que contienen las medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las mediciones iniciales, y finales de la temperatura periférica y frecuencia respiratoria de cada sesión para las muestras con diabetes e hipertensión.

Tabla 9

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las mediciones iniciales y finales de la temperatura periférica de cada sesión para la muestra con diabetes

Sesión de relajación	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
1	10	Inicial	Final	Inicial	Final	-1.60	2.08	-2.43	.038
		91.25 °F	92.85 °F	4.20	5.15				
2	7	Inicial	Final	Inicial	Final	-3.64	1.97	-4.89	.003
		86.71 °F	90.36 °F	1.98	3.33				
3	10	Inicial	Final	Inicial	Final	-1.85	2.28	-2.56	.031
		88.85 °F	90.70 °F	4.40	4.10				

Tabla 10

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las mediciones iniciales y finales de la frecuencia respiratoria de cada sesión para la muestra con diabetes

Sesión de relajación	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
1	9	Inicial	Final	Inicial	Final	3.11	4.37	2.13	.065
		19.11 R/min*	16.00 R/min	3.89	2.83				
2	8	Inicial	Final	Inicial	Final	3.00	5.13	1.65	.142
		17.00 R/min	14.00 R/min	4.14	5.66				
3	10	Inicial	Final	Inicial	Final	2.40	5.40	1.41	.193
		18.40 R/min	16.00 R/min	2.80	3.77				

* R/min= respiraciones por minuto

En la Tabla 9 se observa que las adultas mayores diabéticas aumentaron significativamente su temperatura periférica en las tres sesiones de relajación, lo que indica que la técnica tuvo un efecto significativo sobre la temperatura periférica al finalizar cada sesión. El aumento de la temperatura periférica es uno de los indicadores fisiológicos usados más frecuentemente en relajación. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y afirmar que existe diferencia estadísticamente significativa en la temperatura periférica de las adultas mayores diabéticas antes y después del entrenamiento en relajación en cada una de las sesiones de relajación.

En la tabla 10 se observa que los cambios en la frecuencia respiratoria durante las sesiones de relajación resultaron no significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula, no existe diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia respiratoria de las adultas mayores con diabetes antes y después del entrenamiento en relajación en cada una de las sesiones de relajación.

Tabla 11

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las mediciones iniciales y finales de la temperatura periférica de cada sesión para la muestra con hipertensión

Sesión de relajación	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
1	16	Inicial	Final	Inicial	Final	-1.31	.60	-8.72	.000
		91.69 °F	93.00 °F	3.78	3.75				
2	17	Inicial	Final	Inicial	Final	.85	2.36	1.49	.156
		93.56 °F	92.71 °F	2.25	4.19				
3	16	Inicial	Final	Inicial	Final	-.78	1.75	-1.78	.095
		92.94 °F	93.72 °F	3.61	2.61				
4	7	Inicial	Final	Inicial	Final	-.36	2.03	-.46	.659
		91.36 °F	91.71 °F	3.34	1.87				

Tabla 12

Medias, desviaciones estándar, valor de t y su probabilidad que comparan las mediciones iniciales y finales de la frecuencia respiratoria de cada sesión para la muestra con hipertensión

Sesión de relajación	N	Media		Desviación Estándar		Diferencia de medias	Desviación Estándar	T	p
		Inicial	Final	Inicial	Final				
1	16	Inicial	Final	Inicial	Final	1.75	2.91	2.41	.029
		19.75 R/min*	18.00 R/min	3.71	3.58				
2	17	Inicial	Final	Inicial	Final	3.53	3.12	4.66	.000
		19.06 R/min	15.53 R/min	3.01	3.43				
3	16	Inicial	Final	Inicial	Final	4.25	6.92	2.45	.027
		18.75 R/min	14.50 R/min	4.06	4.35				
4	7	Inicial	Final	Inicial	Final	-.57	5.86	-.26	.805
		17.14 R/min	17.71 R/min	3.80	3.90				

* R/min= respiraciones por minuto

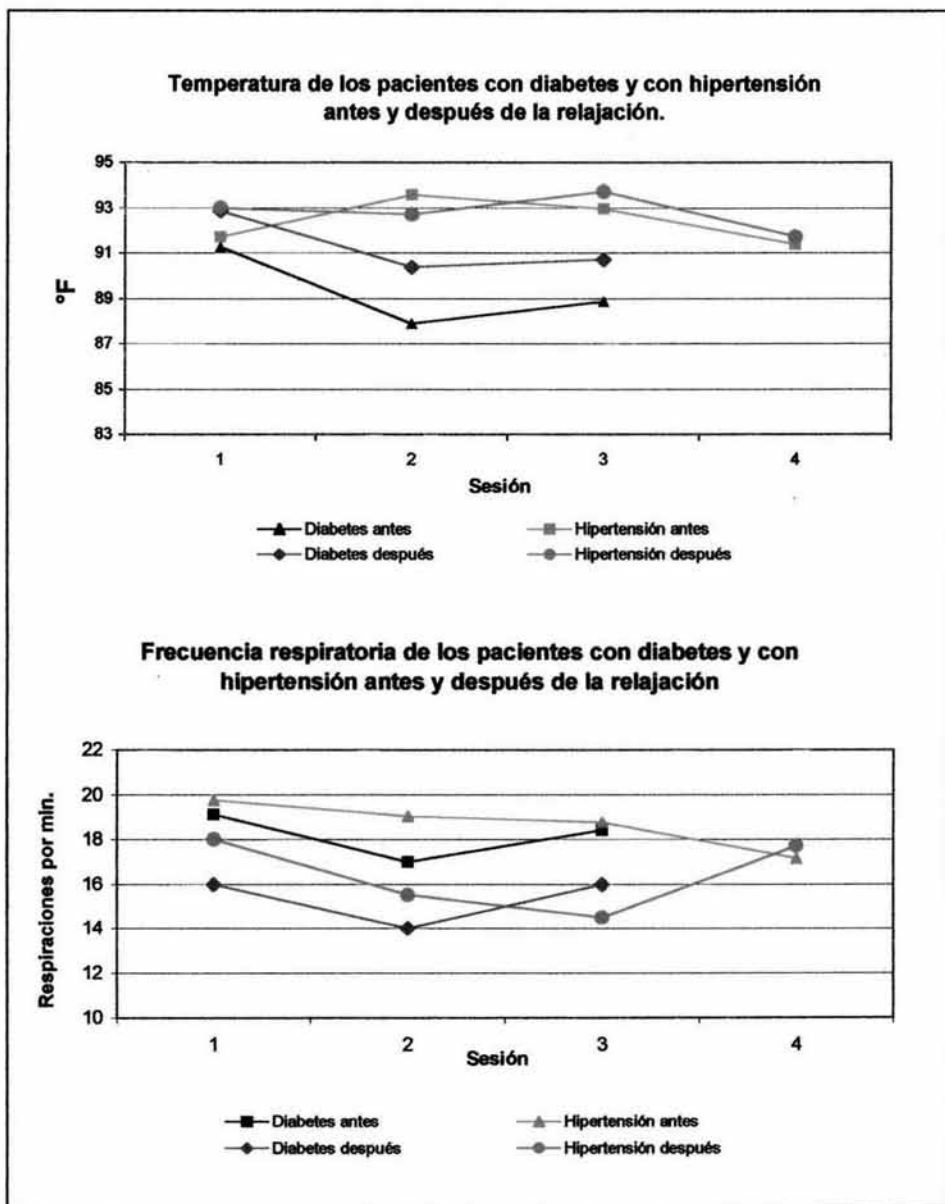
En las adultas mayores con hipertensión sólo aumentó significativamente su temperatura periférica en la primera sesión del entrenamiento en relajación, lo que permite rechazar la hipótesis nula para esta sesión. En las sesiones 2 – 4 no hubo diferencias entre la temperatura inicial y final, se acepta la hipótesis nula para estas sesiones. Ver Tabla 11.

En la Tabla 11 se observa que en la sesión 2, contrario a lo esperado, disminuyó de la temperatura periférica; en esa sesión la temperatura ambiental fue baja debido a la lluvia, lo cual pudo influir en este resultado.

La frecuencia respiratoria disminuyó significativamente en la primera, segunda y tercer sesión de relajación, lo que permite rechazar la hipótesis nula, no ocurrió lo mismo en la cuarta sesión. Estos resultados permiten afirmar que las adultas mayores hipertensas se relajaron en la primera sesión y que la técnica únicamente tuvo efecto sobre la frecuencia respiratoria en las sesiones 1, 2 y 3. Ver Tabla 12.

Al comparar los resultados de relajación de las adultas mayores diabéticas con las adultas mayores hipertensas, se observa que las primeras sólo incrementaron su temperatura periférica al aplicar la técnica, mientras que las segundas disminuyeron su frecuencia respiratoria.

Figura 46. Indicadores fisiológicos de la muestra con diabetes y con hipertensión antes y después del entrenamiento en relajación.



Se observa en la Figura 46 que la temperatura periférica inicial en la sesión 2 y 3 del entrenamiento en relajación fue más alta en la muestra de pacientes hipertensas en comparación con las pacientes diabéticas.

Al final de las sesiones 1 y 3 el aumento en la muestra con hipertensión fue de 1°F en promedio, y en las sesiones 2 y 4 se registró una disminución de 0.6°F, contrario a lo esperado; mientras que en la muestra con diabetes si hubo un aumento de temperatura al finalizar las tres sesiones en un promedio de 2.4°F.

Es necesario tomar en cuenta que las adultas mayores hipertensas tuvieron temperatura periférica más alta al inicio de cada sesión de relajación lo que podría explicar la falta de incremento significativo en este indicador fisiológico al finalizar cada sesión.

En cuanto a la frecuencia respiratoria, se observa en la Figura 48, que en las sesiones 1 y 3 las dos muestras presentaron casi el mismo número de respiraciones por minuto. Al finalizar las sesiones 1, 2 y 3 de relajación disminuyó la frecuencia respiratoria de las ambas muestras, excepto en la sesión 4 en la que hubo un aumento mínimo de la frecuencia respiratoria en las pacientes hipertensas.

A pesar de que se registraron cambios en el sentido esperado en la frecuencia respiratoria para ambas muestra, los cambios en la muestra con diabetes no alcanzaron la significancia estadística, probablemente por el pequeño número de sujetos.

3^{er}. Cambios Clínicos

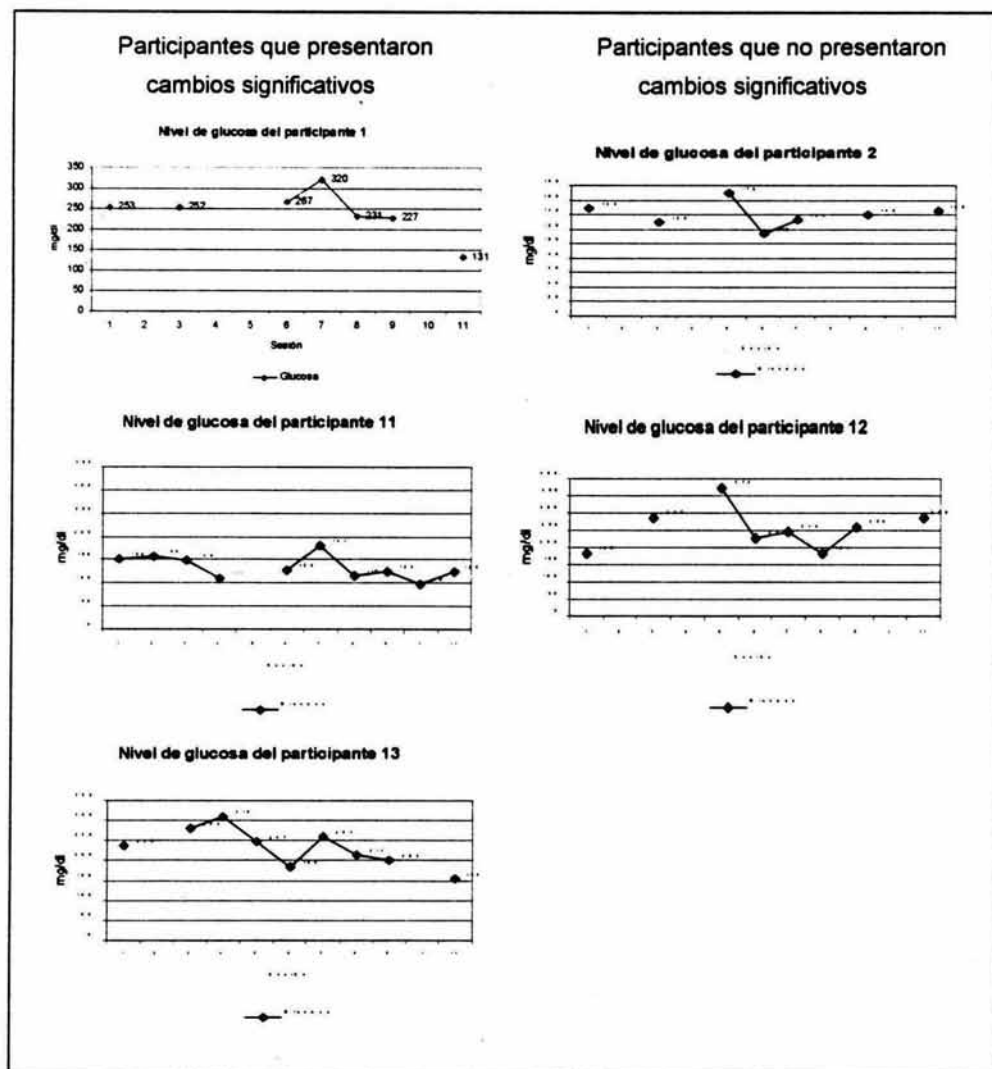
El informe de los resultados de este Programa se compone, además del análisis cuantitativo, de esta sección en la que se analizaron los cambios clínicos, con la finalidad de observar cambios en las variables de interés en cada participante durante el Programa.

En las pacientes diabéticas se observó: disminución en el nivel promedio de glucosa postprandial, en la tensión sistólica y la diastólica; además, aumentó el consumo adecuado de medicamentos, el número de días en que las participantes siguieron adecuadamente su régimen alimenticio, la actividad física semanal y las adultas mayores que toman café disminuyeron su consumo.

Las adultas mayores con hipertensión disminuyeron: el peso corporal, la tensión diastólica, el consumo de café y la frecuencia de las emociones negativas. Además aumentaron: el consumo adecuado de medicamentos, el seguimiento adecuado del régimen alimenticio y su actividad física semanal.

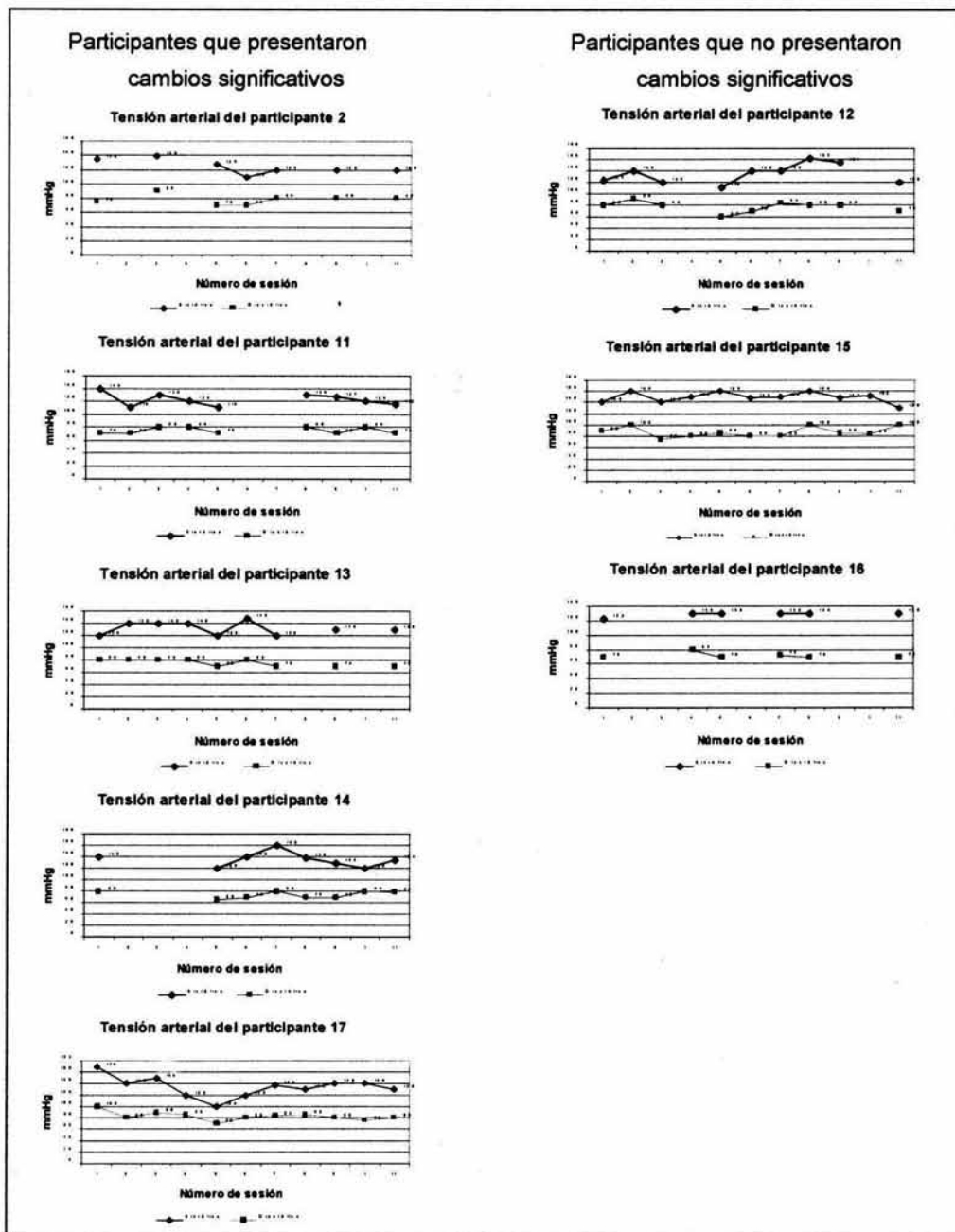
Para observar detalladamente los cambios, a continuación, se presentan las figuras de las participantes que cambiaron sus niveles de glucosa, tensión arterial, registro de medicamentos, registro de alimentos y registro de actividad física. En las figuras se muestran gráficas que presentan la tendencia de los registros; las líneas son continuas cuando el participante tuvo todos los registros y mediciones, y discontinuas cuando falta algún dato, es decir, cuando la participante no registró o no asistió a la sesión.

Figura 47. Comportamiento del nivel de glucosa de las participantes diabéticas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa.



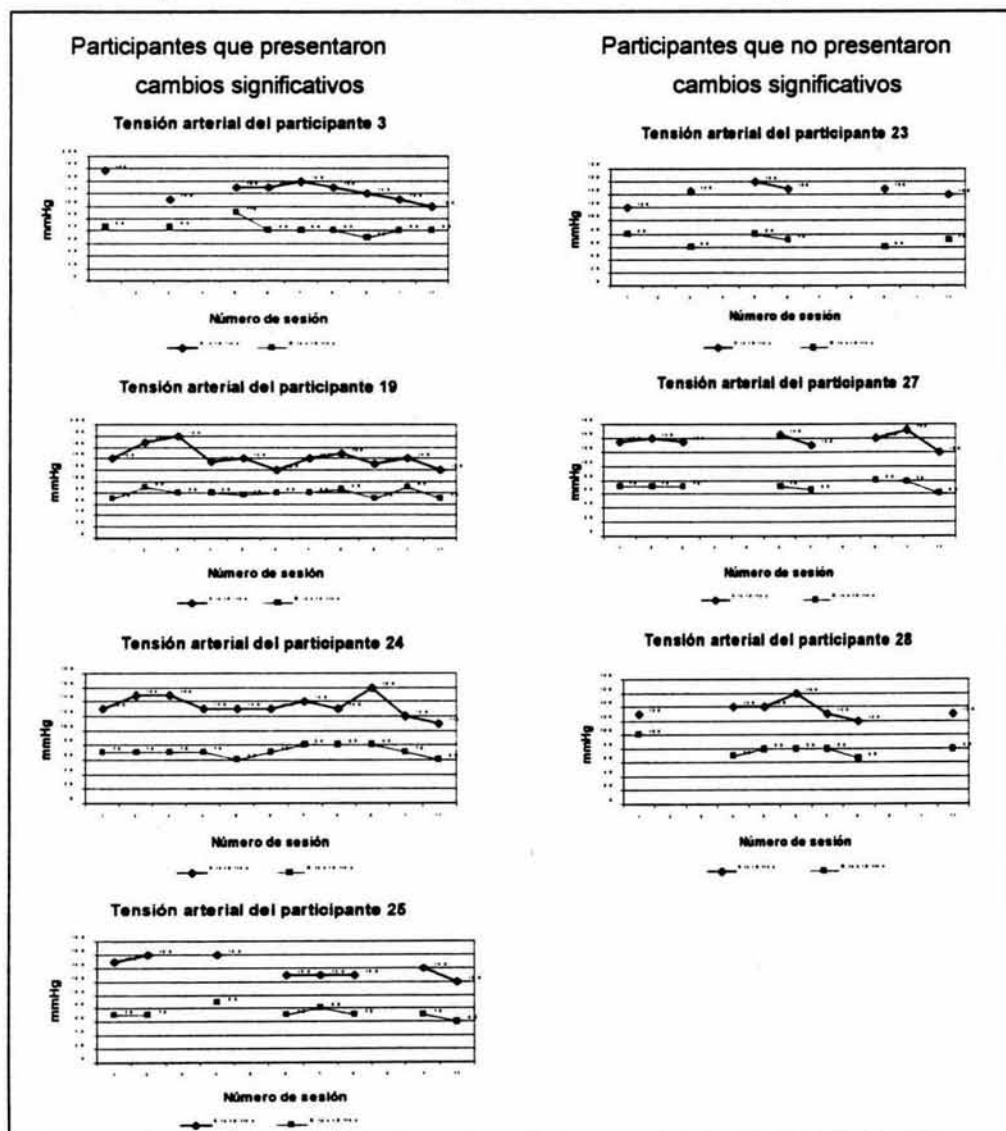
En la Figura 47 se observa que 3 de las 10 adultas mayores diabéticas disminuyeron sus niveles de glucosa al concluir el Programa y 2 lo aumentaron. De las restantes, 4 se mantuvieron en valores normales durante el Programa (menos de 140 mg/dl, considerado bueno según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes) y sólo 1 participante no tuvo suficientes mediciones para observar claramente el comportamiento de su nivel de glucosa.

Figura 48. Comportamiento de la tensión arterial de las participantes diabéticas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa.



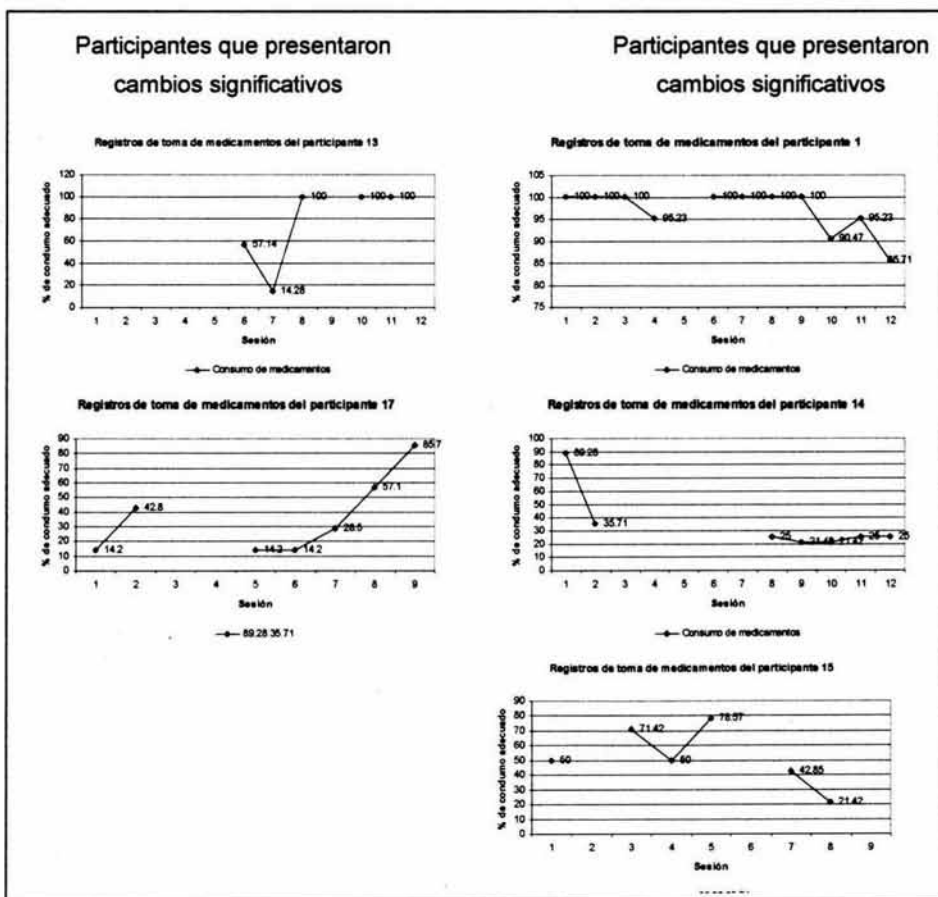
La Figura 48 muestra el comportamiento de la tensión arterial; 5 de las 10 adultas mayores diabéticas se beneficiaron con el Programa, ya que disminuyó su tensión arterial. También se observa que 3 adultas mayores diabéticas aumentaron su tensión arterial a lo largo del Programa. El resto de las adultas mayores del grupo de diabéticas mantuvieron su tensión arterial dentro de los valores normales ($\leq 140/85\text{mmHg}$).

Figura 49. Comportamiento de la tensión arterial de las participantes hipertensas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa.



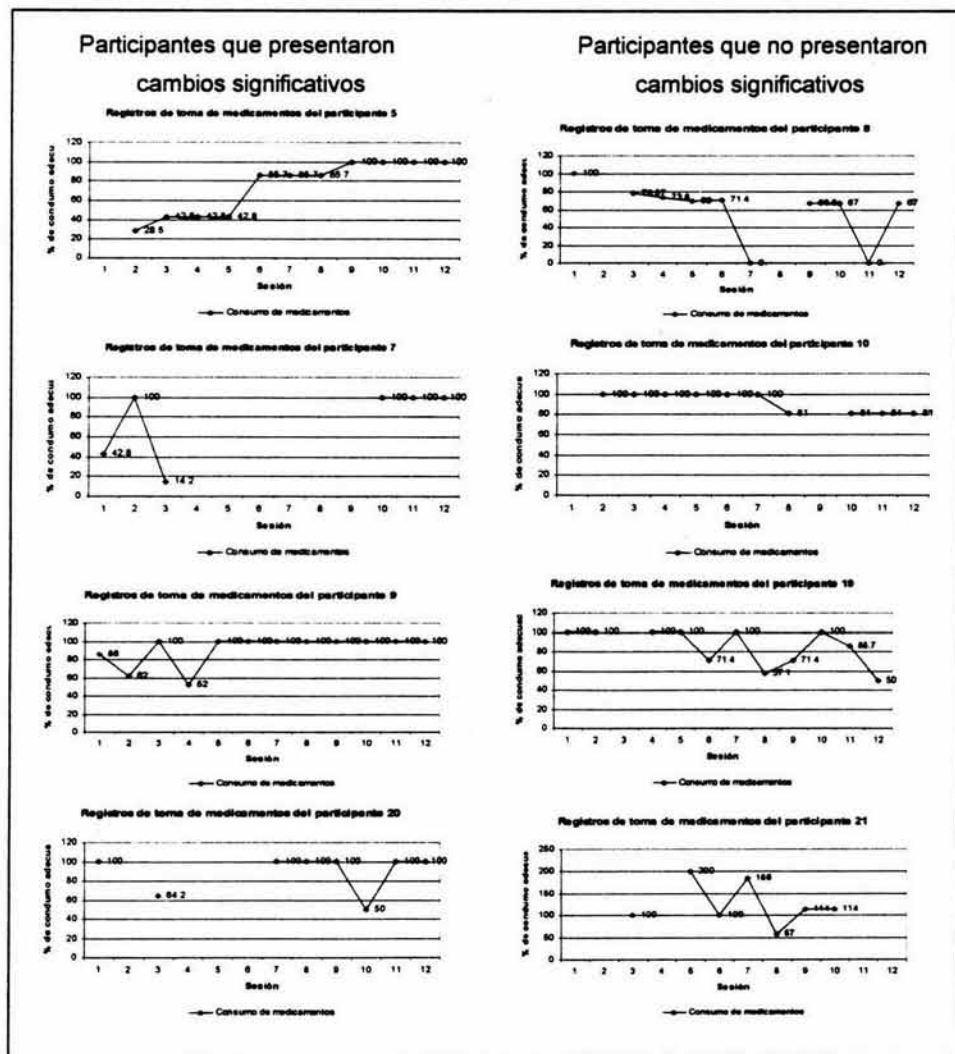
La Figura 49 presenta el comportamiento de la tensión arterial en las participantes hipertensas; 5 de las 19 disminuyeron su presión arterial, mientras que 3 la aumentaron. De las restantes, 7 mantuvieron su presión arterial dentro de los valores normales durante el Programa ($\leq 140/85\text{mmHg}$) y 4 no tienen valores suficientes para determinar el comportamiento de su tensión arterial a lo largo del Programa.

Figura 50. Porcentaje de consumo adecuado de medicamentos de las participantes diabéticas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa.

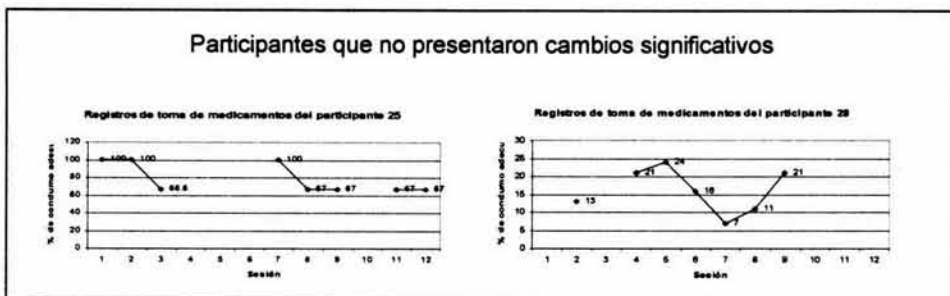


En la Figura 50, se observa que sólo 2 participantes de las 10 con diabetes mejoraron su consumo de medicamentos y que 3 no fueron adherentes. De las demás participantes, 3 mantuvieron su consumo adecuado de medicamentos durante el Programa y 2 participantes no registraron.

Figura 51. Porcentaje de consumo adecuado de medicamentos de las participantes hipertensas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa.

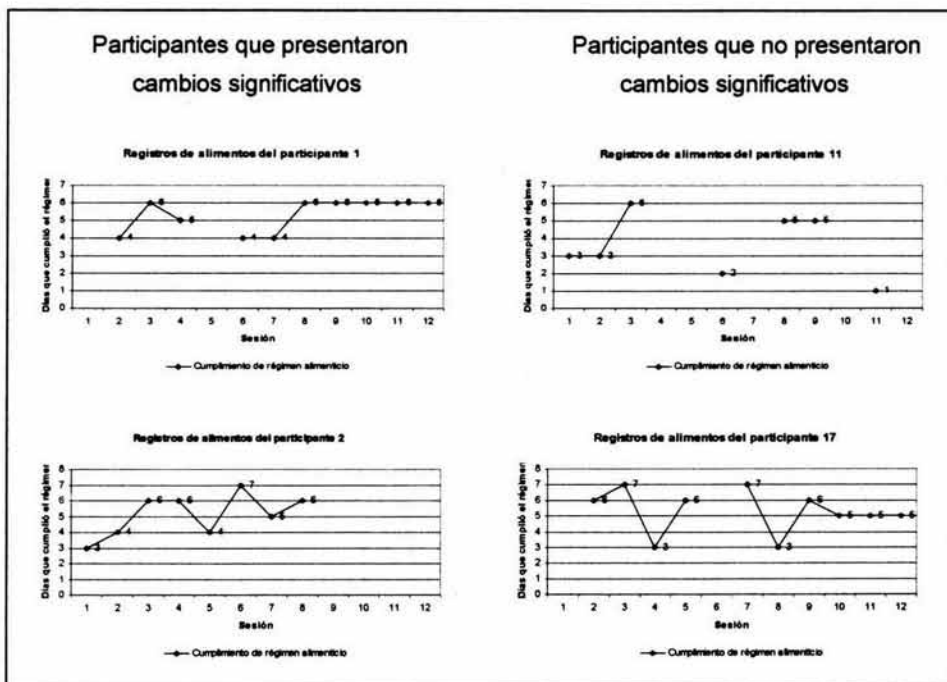


Continuación de la Figura 51.

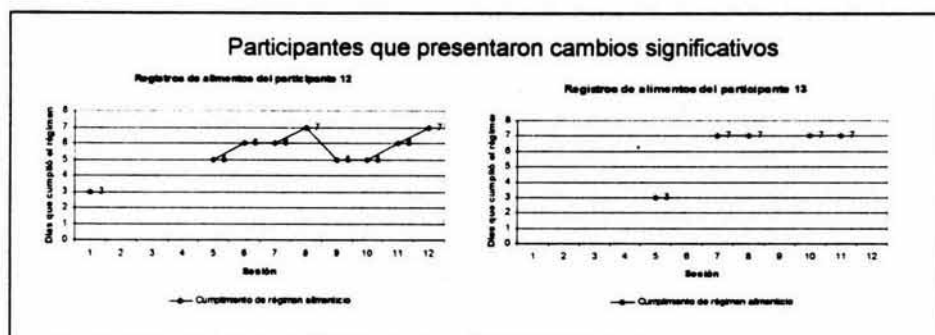


Se observa en la Figura 51, que 4 adultas mayores de las 19 con hipertensión mejoraron su consumo de medicamentos y 6 no cumplieron con las dosis prescritas. De las restantes, 6 mantuvieron su consumo adecuado de medicamentos durante el Programa y 3 no registraron.

Figura 52. Participantes diabéticas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa en relación con el número de días que cumplieron con el régimen alimenticio.

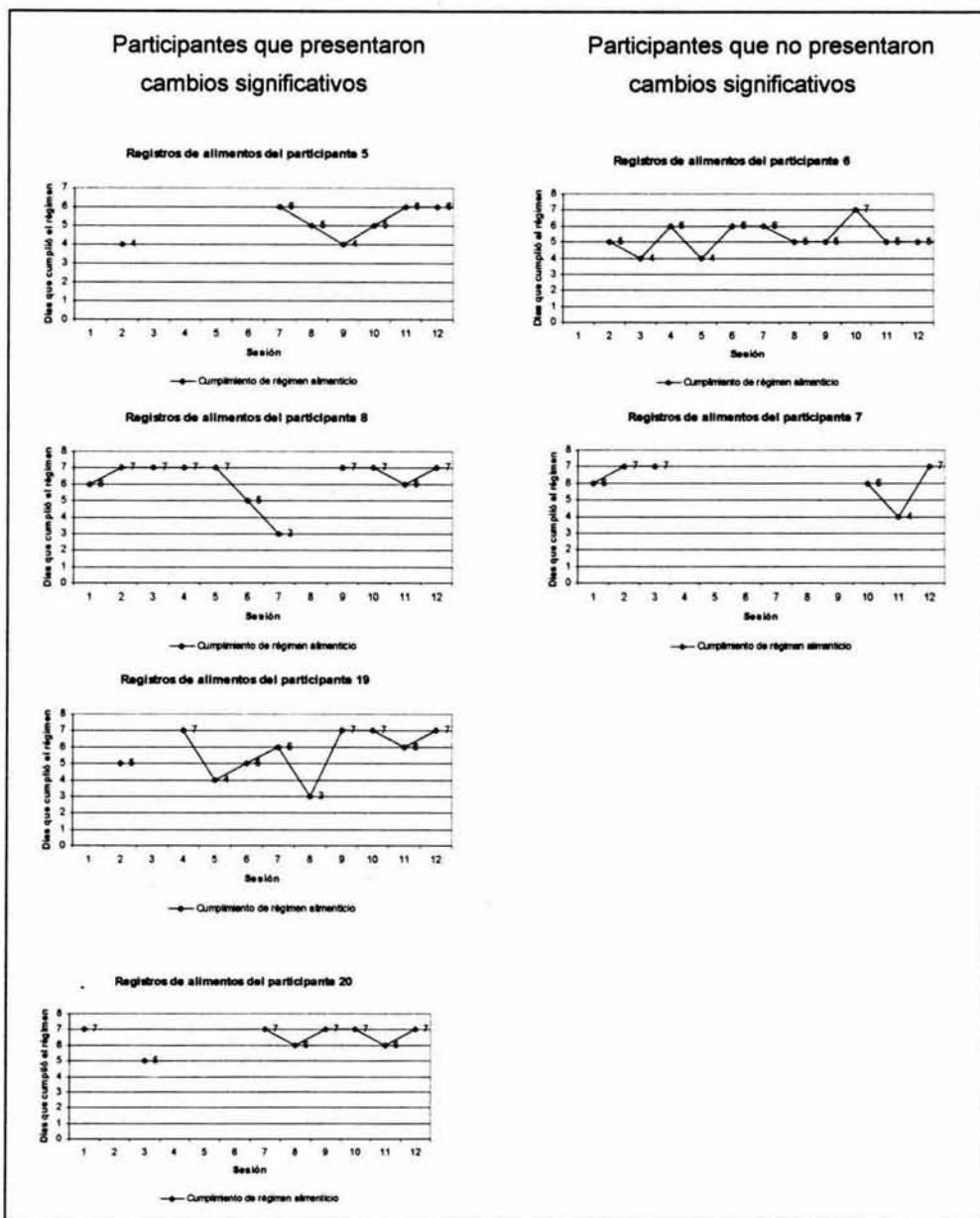


Continuación de la Figura 52.



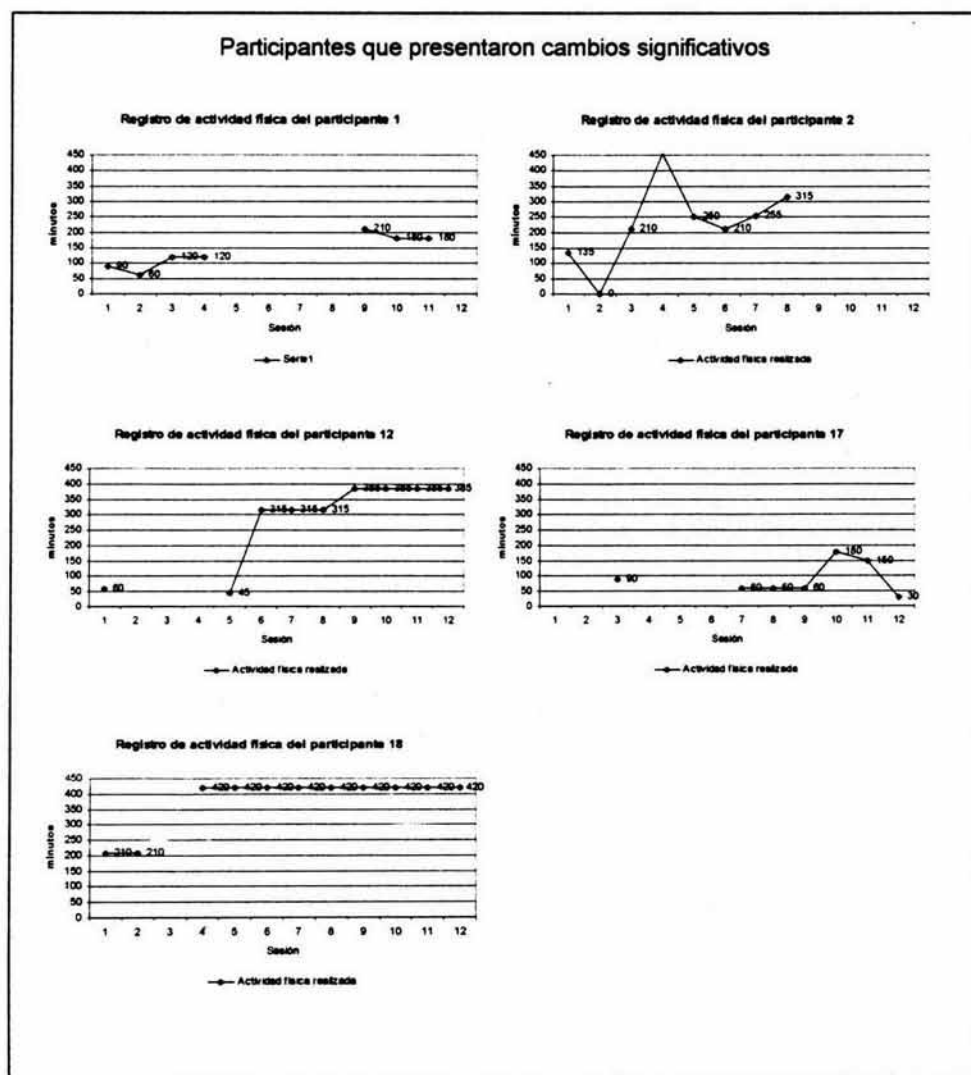
Se presentan en la Figura 52 que 4 de 10 adultas mayores diabéticas aumentaron en días el cumplimiento de su régimen alimenticio y 2 no fueron adherentes a su régimen. Es importante mencionar que durante todo el Programa, 1 participante cumplió entre 6 y 7 días su régimen alimenticio, mientras que 3 adultas mayores no registraron.

Figura 53. Participantes hipertensas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa en relación al número de días que cumplieron con el régimen alimenticio.



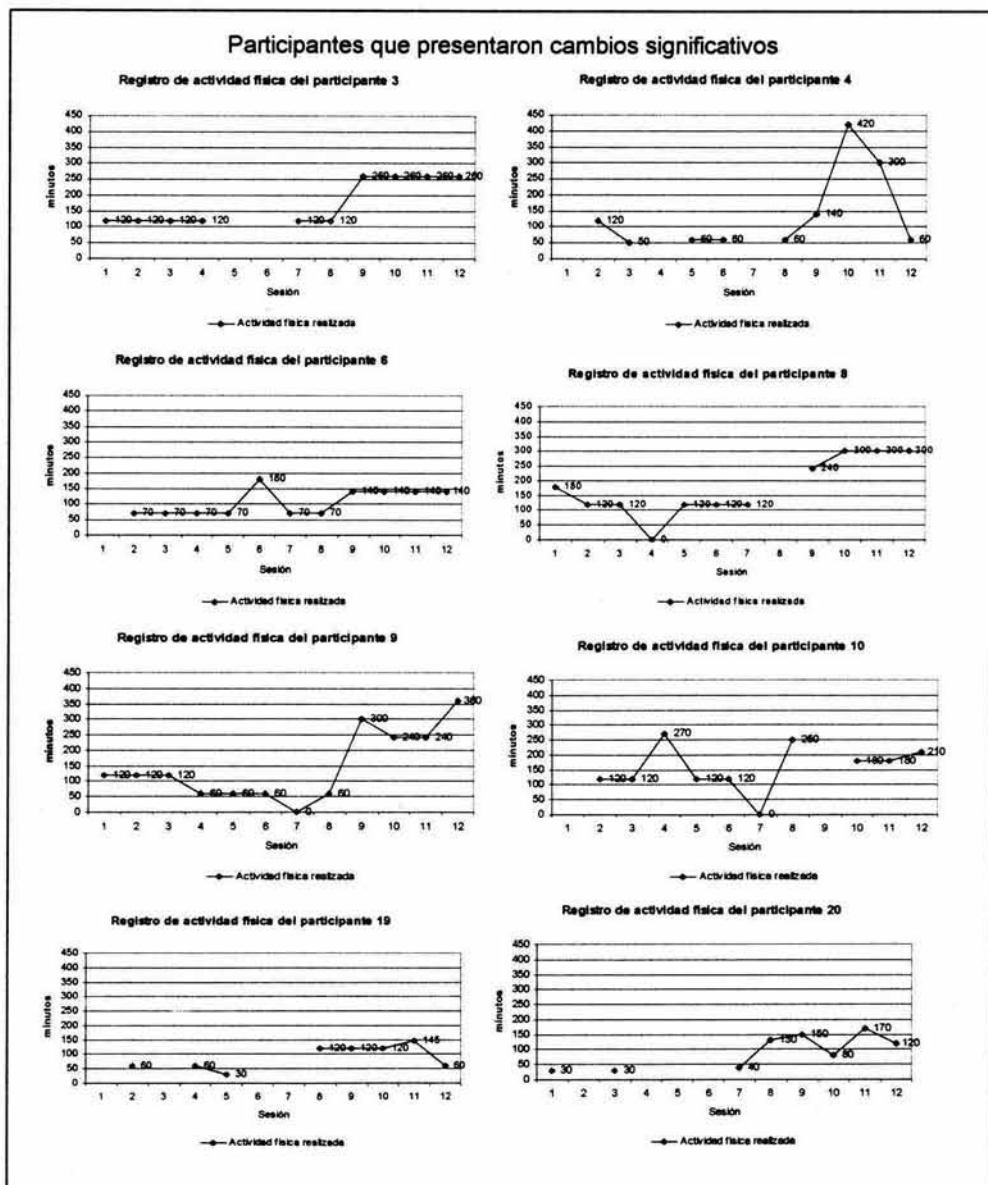
En la Figura 53 se presentan las participantes del grupo de hipertensión que cambiaron su ingesta de alimentos, 4 de las 19 participantes aumentaron los días de seguimiento del régimen alimenticio y 2 disminuyeron los días de cumplimiento del régimen. De las demás adultas mayores 9 se mantuvieron entre 6 y 7 días de seguimiento del régimen, mientras que 4 no registraron.

Figura 54. Participantes diabéticas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa en relación al tiempo de actividad física semanal.



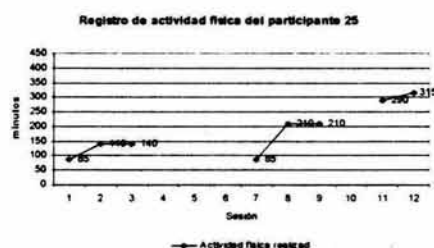
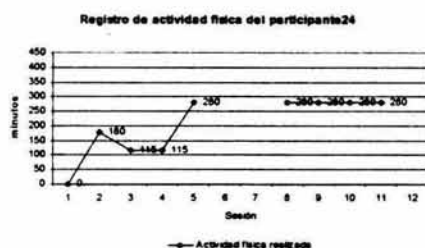
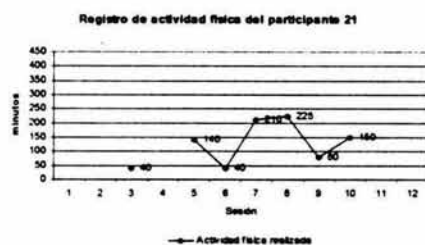
La Figura 54 presenta que 5 de 10 adultas mayores diabéticas aumentaron la cantidad de actividad física semanal al tiempo recomendado; las restantes no registraron.

Figura 55. Participantes hipertensas que presentaron cambios a lo largo de las 11 sesiones del Programa en relación al tiempo de actividad física semanal.



Continuación de la Figura 55.

Participantes que presentaron cambios significativos



En la Figura 55 se observa que 15 de 19 participantes realizaron mayor cantidad de actividad física semanal, en promedio, realizaron la cantidad de ejercicio recomendada por el Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, S.S.A., de 35 a 45 minutos la mayoría de los días de la semana, 5 a 7 días/semana. De las restantes, 1 mantuvo el tiempo de ejercicio y 3 no registraron.

4^{to}. Correlación entre las variables

Para conocer la posible correlación entre las variables (peso, nivel de glucosa, tensión sistólica, tensión diastólica, GDS, BDI, CuCo, los factores del InCaViSa y los registros conductuales) se aplicó la prueba r de Pearson.

En este análisis se utilizaron ambas muestras juntas para correlacionar por separado las mediciones pre y post.

Las Tablas 13 y 14 presentan los resultados intercorrelaciones para las variables de la preevaluación y la postevaluación.

Tabla 13

Intercorrelaciones variables psicológicas, de salud y de adherencia terapéutica de la preevaluación.

		Peso inicial	Nivel de glucosa	Tensión sistólica	Tensión diastólica	GDS	BDI	CuCo	Factor percepción de salud	Factor relaciones interpersonales
Nivel de glucosa	r Pearson	.137	1.000	-	-	-	-	-	-	-
	P	.707	.	-	-	-	-	-	-	-
	N	10	10	-	-	-	-	-	-	-
Tensión sistólica	r Pearson	-.095	-.585	1.000	-	-	-	-	-	-
	P	.623	.075	.	-	-	-	-	-	-
	N	29	10	29	-	-	-	-	-	-
Tensión diastólica	r Pearson	.201	-.122	.533**	1.000	-	-	-	-	-
	P	.295	.737	.003	.	-	-	-	-	-
	N	29	10	29	29	-	-	-	-	-
GDS	r Pearson	.008	-.346	.016	.063	1.000	-	-	-	-
	P	.969	.328	.936	.744	.	-	-	-	-
	N	29	10	29	29	29	-	-	-	-
BDI	r Pearson	-.331	-.800*	.277	-.066	.720**	1.000	-	-	-
	P	.210	.031	.300	.809	.002	.	-	-	-
	N	16	7	16	16	16	16	-	-	-
CuCo	r Pearson	.396*	.485	-.160	-.127	.062	-.651*	1.000	-	-
	P	.050	.223	.446	.544	.769	.016	.	-	-
	N	25	8	25	25	25	13	25	-	-
Factor percepción de salud	r Pearson	.294	.147	-.150	-.072	.049	-.226	.256	1.000	-
	P	.122	.685	.438	.709	.802	.399	.217	.	-
	N	29	10	29	29	29	16	25	27	-
Factor relaciones interpersonales	r Pearson	.194	.084	-.223	-.064	-.154	-.132	-.116	.819**	1.000
	P.	.313	.817	.244	.742	.426	.626	.576	.000	.000
	N	29	10	29	29	29	16	25	29	27

Continuación Tabla 13

		Peso inicial	Nivel de glucosa	Tensión sistólica	Tensión diastólica	GDS	BDI	Cuestionario de Conocimientos	Factor percepción de salud InCaViSa	Factor relaciones interpersonales InCaViSa
Factor funciones cognitivas	r Pearson	.138	.382	-.077	-.102	-.014	-.237	.120	.701**	.585**
	P	.476	.275	.690	.600	.942	.377	.568	.000	.001
	N	29	10	29	29	29	16	25	29	29
Factor estimación general de calidad de vida	r Pearson	.066	.184	-.193	-.087	-.232	-.400	-.210	.815**	.724**
	P	.732	.610	.316	.653	.226	.125	.314	.000	.000
	N	29	10	29	29	29	16	25	29	29
Registro de medicamentos	r Pearson	-.056	.407	-.258	-.303	-.152	-.531	.101	-.124	-.209
	P	.782	.317	.194	.125	.450	.051	.639	.565	.296
	N	27	8	27	27	27	14	24	24	27
Registro de alimentos	r Pearson	-.153	-.141	.127	-.034	.366	.256	-.354	-.147	.001
	P	.474	.763	.555	.876	.078	.398	.106	.493	.997
	N	24	7	24	24	24	13	22	24	24
Registro de actividad física	r Pearson	.233	-.335	.047	-.183	.163	.273	-.121	-.093	-.097
	P	.242	.417	.817	.361	.418	.344	.573	.643	.629
	N	27	8	27	27	27	14	24	27	27
Registro del consumo de cigarros	r Pearson	-.033	*	-.287	-.211	.399	*	.313	.293	.190
	P	.895	.	.234	.386	.091	.	.221	.277	.435
	N	19	6	19	19	19	10	17	19	19
Registro del consumo de alcohol	r Pearson	-.033	*	-.287	-.211	.399	*	.313	.263	.190
	P	.895	.	.234	.386	.091	.	.221	.277	.435
	N	19	6	19	19	19	10	17	19	19
Registro de desvelo	r Pearson	-.025	.426	-.034	-.235	.145	.167	-.086	.061	.190
	P	.917	.341	.886	.319	.541	.624	.742	.798	.658
	N	20	7	20	20	20	11	17	20	20
Registro de emociones negativas	r Pearson	-.166	*	-.076	-.184	.278	-.280	.111	.248	.216
	P	.485	.	.750	.438	.236	.434	.661	.291	.360
	N	20	6	20	20	20	10	18	20	20
Registro del consumo de café	r Pearson	.097	-.303	.112	-.175	-.014	-.200	.164	.316	.314
	P	.669	.560	.621	.437	.951	.554	.489	.153	.155
	N	22	6	22	22	22	11	20	22	22

Continuación Tabla 13

		Factor funciones cognitivas	Factor estimación general de calidad de vida	Registro de medicamentos	Registro de alimentos	Registro de actividad física	Registro del consumo de cigarros	Registro del consumo de alcohol	Registro de desvelo	Registro de emociones negativas
Factor estimación general de calidad de vida	r Pearson	.506**	1.000	-	-	-	-	-	-	-
	P	.005	.	-	-	-	-	-	-	-
	N	29	27	-	-	-	-	-	-	-
Registro de medicamentos	r Pearson	-.014	-.171	1.000	-	-	-	-	-	-
	P	.947	.395	.	-	-	-	-	-	-
	N	27	27	27	-	-	-	-	-	-
Registro de alimentos	r Pearson	.019	.068	.180	-	-	-	-	-	-
	P	.928	.751	.400	-	-	-	-	-	-
	N	24	24	24	-	-	-	-	-	-
Registro de actividad física	r Pearson	.068	-.143	.131	.015	1.000	-	-	-	-
	P	.737	.478	.513	.944	.	-	-	-	-
	N	27	27	27	24	27	-	-	-	-
Registro del consumo de cigarros	r Pearson	.336	.142	-.304	-.174	.094	1.000	-	-	-
	P	.160	.562	.206	.520	.703	.	-	-	-
	N	19	19	19	16	19	19	-	-	-
Registro del consumo de alcohol	r Pearson	.336	.142	-.304	-.174	.094	1.000**	1.000	-	-
	P	.160	.562	.206	.520	.703	.000	.	-	-
	N	19	19	19	16	19	19	19	-	-
Registro de desvelo	r Pearson	.235	.260	.205	.291	.046	.	.	1.000	-
	P	.319	.268	.385	.257	.848	.	.	.000	-
	N	20	20	20	17	20	18	18	20	-
Registro de emociones negativas	r Pearson	.506*	.416	.070	.058	.037	.	.	.384	1.000
	P	.023	.068	.770	.824	.877	.	.	.104	.
	N	20	20	20	17	20	18	18	19	20
Registro del consumo de café	r Pearson	.126	.125	.138	.257	-.094	-.025	-.025	.479*	.119
	P	.575	.579	.540	.288	.677	.919	.919	.044	.627
	N	22	22	22	19	22	19	19	18	19

*Correlación significativa a nivel 0.05 (2- colas).

** Correlación significativa a nivel 0.01 (2-colas).

* No se analizaron estas variables porque el valor mínimo de una de las variable es constante.

En la Tabla 13 se observa que existe correlación estadísticamente significativa entre las siguientes variables.

La tensión diastólica correlaciona con la tensión sistólica con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .533$, $p = .003$, lo que indica que altos valores de tensión diastólica estuvieron asociados con altos valores de tensión sistólica en los adultos mayores en la preevaluación.

Se encontró que el BDI correlaciona con 4 variables:

- Se relaciona negativamente con el nivel de glucosa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.800$, $p = .031$, a mayor nivel de glucosa menor puntaje obtenido en el BDI, es decir, menor depresión en los adultos mayores. Esto podría deberse a que las personas al sentirse menos deprimidas descuidan sus conductas de salud, lo que probablemente incrementa sus niveles de glucosa.
- Correlaciona con el GDS con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .720$, $p = .002$, lo que demuestra que existe consistencia entre las respuestas de los adultos mayores a ambos instrumentos.
- Con el Cuco correlaciona negativamente $r = -.651$, $p = .016$; los altos puntajes obtenidos en el BDI estuvieron asociados con poseer poca información acerca de la enfermedad. Se puede pensar que la incertidumbre de las adultas mayores al contar con poca información de la enfermedad les genere un estado de depresión. Esto también se puede explicar porque la depresión impide el correcto funcionamiento cognoscitivo o la búsqueda activa de información.
- En cuanto al peso inicial se encontró que correlaciona con el Cuco con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .396$, $p = .050$; a más conocimientos sobre la enfermedad mayor peso en las adultas mayores, el coeficiente de correlación es bajo y la relación es difícil explicar, o tal vez exista una tercer variable con la que se relacionan ambas.

Se encontró el Factor de percepción de salud del InCaViSa correlaciona con los otros factores del InCaViSa:

- Con el Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .819$, $p = .000$.
- Con el Factor de funciones cognitivas del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .701$, $p = .000$.
- Con el Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .615$, $p = .000$.

El Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa correlaciona con los otros factores del InCaViSa, con el Factor de funciones cognitivas del InCaViSa con un coeficiente de correlación

de Pearson $r = .585$, $p = .001$; con el Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .724$, $p = .000$.

El factor de funciones cognitivas correlaciona con el Factor de estimación general de calidad de vida con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .506$, $p = .005$.

Estas correlaciones indican la relación entre los factores del InCaViSa y la consistencia de las adultas mayores al contestar este inventario, es decir, al puntuar alto en alguno de los factores del InCaViSa es probable que puntuara alto en otro de los factores.

El Factor de funciones cognitivas del InCaViSa correlaciona con el registro de emociones negativas con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .506$, $p = .023$; a altos puntajes obtenidos en el Factor funciones cognitivas mayor reporte de emociones negativas, lo cual deja ver que cuando las adultas mayores se percatan con una disminución de memoria o de sus capacidades cognitivas muy probablemente esto les genere enojo o alguna otra emoción negativa. O que las personas con problemas emocionales tienen menor ejecución cognoscitiva.

La mayoría de las adultas mayores que participaron en esta investigación no consume alcohol ni cigarro por lo que en este análisis resultó una relación espuria entre el registro de consumo de alcohol con el registro de consumo de cigarro, ya que el coeficiente de correlación de Pearson $r = 1.000$.

El registro de desvelo correlaciona con el registro de consumo de café con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .479$, $p = .044$, esta relación señala que a mayor número de veces que se desvelan las adultas mayores mayor consumo de café, esto puede explicarse dado que el café es un activador y muy probablemente sea el causante del desvelo, o que las personas al develarse consumen café para mantenerse despiertas.

Tabla 14

Intercorrelaciones variables psicológicas, de salud y de adherencia terapéutica de la postevaluación.

		Peso final	Nivel de glucosa	Tensión sistólica	Tensión diastólica	GDS	BDI	CuCo	Factor percepción de salud	Factor relaciones interpersonales
Nivel de glucosa	r Pearson	.231	1.000	-	-	-	-	-	-	-
	P	.521		-	-	-	-	-	-	-
	N	10	10	-	-	-	-	-	-	-
Tensión sistólica	r Pearson	.089	-.168	1.000	-	-	-	-	-	-
	P	.645	.642		-	-	-	-	-	-
	N	29	10	29	-	-	-	-	-	-
Tensión diastólica	r Pearson	.139	-.291	.369*	1.000	-	-	-	-	-
	P	.471	.415	.049		-	-	-	-	-
	N	29	10	29	29	-	-	-	-	-
GDS	r Pearson	.302	.021	.071	-.045	1.000	-	-	-	-
	P	.119	.953	.721	.819		-	-	-	-
	N	28	10	28	28	29	-	-	-	-
BDI	r Pearson	.089	-.206	.309	.219	.477*	1.000	-	-	-
	P	.652	.568	.109	.264	.010		-	-	-
	N	28	10	28	28	28	16	-	-	-
CuCo	r Pearson	.454*	.169	-.304	-.112	-.249	-.562**	1.000	-	-
	P	.015	.640	.115	.571	.202	.002		-	-
	N	28	10	28	28	28	28	28	-	-
Factor percepción de salud	r Pearson	.159	.355	-.404*	-.168	.404*	.228	.125	1.000	-
	P	.409	.314	.030	.384	.033	.243	.528		-
	N	29	10	29	29	28	28	28	28	-
Factor relaciones interpersonales	r Pearson	.075	.111	-.312	-.292	.266	.159	.145	.794**	1.000
	P	.699	.761	.099	.124	.171	.418	.462	.000	.000
	N	29	10	29	29	28	28	28	29	28
Factor funciones cognitivas	r Pearson	-.155	-.150	-.161	.052	.276	.570**	-.131	.614**	.512*
	P	.421	.679	.405	.788	.155	.002	.505	.000	.005
	N	29	10	29	29	28	28	28	29	29
Factor estimación general de calidad de vida	r Pearson	-.011	.471	-.188	-.194	.403*	.233	-.031	.684**	.633**
	P	.954	.169	.329	.314	.033	.233	.877	.000	.000
	N	29	10	29	29	28	28	28	29	28
Registro de medicamentos	r Pearson	-.040	.218	-.684**	-.237	-.199	-.674**	.467*	.082	-.053
	P	.854	.638	.000	.266	.363	.000	.025	.703	.804
	N	24	7	24	24	23	23	23	24	24
Registro de alimentos	r Pearson	.348	.097	.038	-.027	.158	-.074	.293	.045	.007
	P	.113	.836	.868	.904	.494	.751	.198	.842	.977
	N	22	7	22	22	21	21	21	22	22
Registro de actividad física	r Pearson	-.094	.329	.012	-.176	-.038	.352	-.344	-.094	-.007
	P	.662	.472	.956	.411	.863	.099	.108	.663	.973
	N	24	7	24	24	23	23	23	24	24

Continuación Tabla 14

		Peso final	Nivel de glucosa	Tensión sistólica	Tensión diastólica	GDS	BDI	CuCo	Factor percepción de salud	Factor relaciones interpersonales
Registro del consumo de cigarros	r Pearson	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a
	P	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	17	6	16	16	16	16	16	17	17
Registro del consumo de alcohol	r Pearson	.016	. ^a	.332	.132	. ^a	. ^a	. ^a	-.651**	-.663**
	P	.952	.	.193	.613	.	.	.	.005	.004
	N	17	6	17	17	17	17	17	17	17
Registro de desvelo	r Pearson	-.167	. ^a	-.088	.136	-.295	-.261	-.177	-.119	-.224
	P	.494	.	.720	.579	.234	.296	.482	.628	.357
	N	19	6	19	19	18	18	18	19	19
Registro de emociones negativas	r Pearson	-.042	-.420	-.313	-.068	.052	-.170	-.076	.590**	.371
	P	.859	.348	.180	.777	.833	.486	.758	.006	.107
	N	20	7	20	20	19	19	19	20	20
Registro del consumo de café	r Pearson	.518*	.971**	-.087	-.082	.012	-.265	.192	.304	.302
	P	.033	.001	.739	.754	.966	.321	.476	.235	.238
	N	17	6	17	17	16	16	16	17	17

Continuación Tabla 14

		Factor funciones cognitivas	Factor estimación general de calidad de vida	Registro de medicamentos	Registro de alimentos	Registro de actividad física	Registro del consumo de cigarras	Registro del consumo de alcohol	Registro de desvelo	Registro de emociones negativas
Factor estimación general de calidad de vida	r		1.000	-	-	-	-	-	-	-
	Pearson	.473**								
	P	.010								
	N	29	28	-	-	-	-	-	-	-
Registro de medicamentos	r			1.000	-	-	-	-	-	-
	Pearson	-.331	-.095							
	P	.115	.660							
	N	24	24	24	-	-	-	-	-	-
Registro de alimentos	r				1.000	-	-	-	-	-
	Pearson	-.332	.228	.235						
	P	.132	.306	.304						
	N	22	22	21	21	-	-	-	-	-
Registro de actividad física	r					1.000	-	-	-	-
	Pearson	-.018	.126	-.092	.266					
	P	.933	.557	.683	.244					
	N	24	24	22	21	24	-	-	-	-
Registro del consumo de cigarras	r	*	*	*	*	*	*	-	-	-
	Pearson									
	P									
	N	17	17	15	13	15	17	-	-	-
Registro del consumo de alcohol	r						*	1.000	-	-
	Pearson	-.463	-.696**	-.027	.062	.099				
	P	.061	.002	.924	.840	.725				
	N	17	17	15	13	15	17	17	-	-
Registro de desvelo	r								1.000	-
	Pearson	-.306	-.052	.161	-.106	.033		-.063		
	P	.203	.832	.538	.708	.901		.812		
	N	19	19	17	15	17	17	17	18	-
Registro de emociones negativas	r									1.000
	Pearson	.032	.130	.084	-.064	-.106		-.063	1.000**	
	P	.893	.586	.740	.815	.676		.812	.000	
	N	20	20	18	16	18	17	17	17	20
Registro del consumo de café	r									
	Pearson	-.354	-.084	.040	.158	-.178		-.106	.893**	.523*
	P	.164	.750	.884	.591	.525		.696	.000	.031
	N	17	17	16	14	15	16	16	16	17

*Correlación significativa a nivel 0.05 (2-colas).

** Correlación significativa a nivel 0.01 (2-colas).

* No se analizaron estas variables porque el valor mínimo de una de las variables es constante.

En la Tabla 14 se observa que existe correlación estadísticamente significativa entre las siguientes variables.

El peso final correlaciona con el Cuco con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .454$, $p = .015$; que indica que a mayor cantidad de conocimientos sobre la enfermedad mayor peso en los adultos mayores, al igual que en la correlación de las variables de la preevaluación, puede existir una tercer variable con la que se correlacionen ambas. También se encontró que el peso final correlaciona con el registro de consumo de café con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .518$, $p = .033$, que indica que a mayor peso mayor consumo de café.

Se encontró que la tensión diastólica correlaciona con la tensión sistólica con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .369$, $p = .049$; altos valores de tensión diastólica estuvieron asociados con altos valores de tensión sistólica en los adultos mayores.

La tensión sistólica correlaciona con el registro de medicamentos con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.684$, $p = .000$, a altos niveles de tensión sistólica menor porcentaje del consumo de medicamentos. En otras palabras, cuando los adultos mayores presentan bajos niveles de tensión sistólica se asocia con toma adecuada de sus medicamentos, o viceversa, cuando presentan altos niveles en la tensión sistólica se asocia con la toma inadecuada.

Se encontró que el nivel de glucosa correlaciona con el registro de consumo de café con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .971$, $p = .001$, esta relación revela que a altos niveles de glucosa se asocia fuertemente con alto consumo de café.

En cuanto al BDI, en la Tabla 14 se observa que correlaciona con 5 variables:

- Correlaciona con el GDS con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .477$, $p = .010$; a altos puntajes obtenidos en el GDS altos puntajes obtenido en el BDI, lo que demuestra que existe consistencia entre las respuestas de los adultos mayores a ambos instrumentos.
- Con el Cuco correlaciona negativamente con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.562$, $p = .002$; los altos puntajes obtenidos en el BDI se relacionan con la poca información acerca de la enfermedad que poseen los adultos mayores.
- Con el Factor de funciones cognitivas del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson es $r = .570$, $p = .002$, esta relación señala que a altos puntajes obtenidos en el BDI altos puntajes en el Factor de funciones cognitivas (mayor deterioro), lo que indica que los adultos mayores que perciben un deterioro en sus funciones cognitivas presentan niveles altos de depresión, o que la depresión produce la percepción del deterioro.

- También se encontró una correlación negativa con el registro de medicamentos con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.674$, $p = .000$, esto indica que los altos puntajes obtenidos en el BDI se asocia con un bajo porcentaje en el consumo de medicamentos. Esto puede revelar que los adultos mayores al obtener altos puntajes en el BDI, que indican estados de depresión, no toman adecuadamente los medicamentos, o viceversa.

El Factor de percepción de salud del InCaViSa correlaciona con los otros factores del InCaViSa:

- Con el Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .794$, $p = .000$.
- Con el Factor de funciones cognitivas del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .614$, $p = .000$; con el Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .684$, $p = .000$.

El Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa correlaciona con el Factor de funciones cognitivas del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .512$, $p = .005$; con el Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .633$, $p = .000$.

El Factor de funciones cognitivas del InCaViSa correlaciona con el Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .473$, $p = .010$.

Estas correlaciones indican la relación entre los factores del InCaViSa y la consistencia de las adultas mayores al contestar este inventario, es decir, al puntuar alto en alguno de los factores del InCaViSa es probable que puntuara alto en otro de los factores.

El Factor de percepción de salud del InCaViSa correlaciona con:

- El registro de consumo de alcohol de manera negativa con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.651$, $p = .005$. Esto indica que a mayor consumo de alcohol menor puntajes en el factor percepción de salud, es decir que las adultas mayores que perciben su salud como mala consumen menos alcohol, o viceversa.
- El registro de emociones negativas con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .590$, $p = .006$, es decir, a mayor puntaje en el factor percepción de salud más emociones negativas registradas, lo que indica que las personas que perciben su salud como mala presentan más emociones negativas o viceversa.

El Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa correlaciona negativamente con el registro de alcohol con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.663$, $p = .004$; a mayor

puntaje en el factor relaciones interpersonales menor consumo de alcohol, lo que quiere decir que las personas que perciben deterioro en sus relaciones interpersonales no consumen alcohol.

El Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa correlaciona negativamente con el registro de alcohol con un coeficiente de correlación de Pearson $r = -.696$, $p = .002$. Esta correlación indica que a mayor puntaje en el factor estimación general de calidad de vida menor consumo de alcohol, es decir, las personas que perciben una mala calidad de vida no consumen alcohol.

El registro de medicamentos correlaciona con el CuCo con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .467$, $p = .025$, a mayor porcentaje de medicamentos mayor conocimientos sobre la enfermedad, esto nos indica que los adultos mayores al tener más información es más probable que se tomen los medicamentos.

El registro de consumo de café correlaciona con el registro de desvelo con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .893$, $p = .000$; a mayor consumo de café más veces se desvelan los adultos mayores o viceversa.

El registro de consumo de café también correlaciona con el registro de emociones negativas con un coeficiente de correlación de Pearson $r = .523$, $p = .031$, a mayor consumo de café tengan los adultos mayores más emociones negativas presentan.

El registro de emociones negativas correlaciona con el registro de desvelo con un coeficiente de correlación de Pearson $r = 1.000$, $p = .000$, indica que las personas al presentar más emociones negativas más veces se desvela, esto nos hace pensar que los adultos mayores cuando presentan emociones negativas es muy probable que se desvelen. Esta correlación se debe a que todas las adultas mayores que se desvelaron registraron una emoción negativa, pero es más probable que esta correlación se explique por los pocos registros de estas conductas de riesgo.

Al comparar las Tablas 13 y 14 se observa que las correlaciones entre las variables de la preevaluación se mantienen en la postevaluación, excepto la relación positiva entre nivel de depresión según el BDI y el nivel de glucosa, la relación positiva entre el factor funciones cognitivas y el registro de emociones y la relación positiva entre fumar y beber alcohol.

En la postevaluación se observan nuevas correlaciones, entre las más importantes está la relación entre tensión sistólica y el registro de toma de medicamentos que indica que al finalizar el Programa las adultas mayores que presentaron bajos niveles de tensión sistólica toman adecuadamente sus medicamentos. El nivel de depresión y registro de toma de medicamentos correlacionaron negativamente al finalizar el Programa, lo que quiere decir que las adultas mayores que presentaron niveles altos de depresión no tomaban adecuadamente sus medicamentos. El nivel de depresión medido por el BDI con el conocimiento de la enfermedad tuvieron también una relación negativa al finalizar el Programa, es decir, un nivel bajo de depresión estuvo asociado con el poseer más información acerca de la enfermedad. El conocimiento de la enfermedad y el registro de toma de medicamentos correlacionaron al finalizar el Programa, lo que quiere decir que el tener más conocimientos sobre la enfermedad se asoció al adecuado consumo de medicamentos.

El que se presentaran estas relaciones al finalizar el Programa puede indicar que la intervención tuvo resultados favorables en las conductas de adherencia y depresión.

Con los resultados obtenidos se corrobora la relación entre estilo de vida y salud, emociones y salud, conocimientos y conductas de adherencia, lo que hace evidente la importancia de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de la diabetes y de la hipertensión, al igual que otras enfermedades crónicas que su etiología está fuertemente relacionada con el estilo de vida.

5^o. Perfiles de las adultas mayores que participaron y no participaron en el Programa

Con la finalidad de obtener perfiles de la población de adultos mayores que concluyeron y de los que desertaron-no aceptaron participar en el "Programa de atención psicológica a adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión", se formó un grupo con las sujetos que concluyeron y otro con las que no aceptaron o desertaron. Las frecuencias de las variables demográficas, instrumentos psicométricos e indicadores de salud se arreglaron en tablas de contingencia y se sometieron a análisis mediante la prueba χ^2 .

La distribución de frecuencias de algunas variables no alcanzó el criterio para aplicar la prueba χ^2 (más del 20% de celdillas presentó frecuencias esperadas menores que cinco), por lo que en algunos casos se agruparon los intervalos de las variables y se realizó la prueba de probabilidad exacta de Fisher.

A continuación se presentan las tablas de contingencia con frecuencias y porcentajes que cruzan las variables: concluyeron-desertaron / no aceptaron participar en el Programa con cada una de las variables demográficas y psicométricas de la preevaluación.

Tabla 15

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con diagnóstico de una o dos patologías.

Presencia de una o dos enfermedades		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Presencia de diabetes o hipertensión	Frecuencia	27	18	45
	Porcentaje	60.0	40.0	100.0
Comorbilidad de diabetes e hipertensión	Frecuencia	2	8	10
	Porcentaje	20.0	80.0	100.0
Total	Frecuencia	29	26	55
	Porcentaje	52.7	47.3	100.0
Probabilidad exacta de Fisher	P = .035			

El resultado de la probabilidad exacta de Fisher indica que la distribución de frecuencias no es aleatoria, sino que hay una mayor probabilidad de concluir el programa en aquellas pacientes que tenían solo una patología y mayor probabilidad de desertar o no aceptar participar en el Programa cuando se tenían dos enfermedades. Los que presentan comorbilidad entre diabetes e hipertensión desertaron o no aceptaron en mayor proporción probablemente debido a que las personas con dos enfermedades se sienten incapaces de afrontar y controlar ambas enfermedades, ya que implica un mayor esfuerzo para modificar ciertos hábitos como la dieta (baja en grasas, azúcares y sodio), o bien que tienen menores expectativas de mejorar su estado de salud, mayor malestar y menos ánimo de participar en este tipo de programas o porque su falta de interés en su autocuidado es una variable importante en la presencia de ambas patologías.

Tabla 16

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con la Casa de Asistencia Social a la que acuden.

Casa de Asistencia Social a la que acude el sujeto		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Benita Galeana	Frecuencia	10	17	27
	Porcentaje	37.0	63.0	100.0
Años Felices	Frecuencia	19	9	28
	Porcentaje	67.9	32.1	100.0
Total	Frecuencia	29	26	55
	Porcentaje	52.7	47.3	100.0
Chi cuadrada	Valor de χ^2	Grados de libertad		P
		5.238	1	.022.

La prueba χ^2 para determinar la dependencia entre la participación y la Casa de Asistencia Social mostró que existe dependencia significativa entre concluir ó desertar-no aceptar participar en el Programa y la Casa de Asistencia Social a la que acuden. Se observa que 2/3 de las personas que acuden a la casa "Benita Galeana" desertaron o no aceptaron, mientras que 2/3 de las personas que acuden a la casa "Años Felices" concluyeron el Programa. Una posible explicación por la que los adultos mayores de la casa "Años Felices" concluyen más es el liderazgo de la coordinadora que fomenta la cohesión y participación de los asistentes. Otra posible explicación de que concluyan más los adultos mayores de "Años Felices" es que en ésta se promueve más el cuidado de la salud y el bienestar físico, mientras que en "Benita Galeana" hay una mayor promoción de actividades culturales y recreativas.

Tabla 17

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con la escolaridad.

Escolaridad		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Analfabeta	Frecuencia	5	10	15
	Porcentaje	33.3	66.7	100.0
Primaria incompleta	Frecuencia	15	10	25
	Porcentaje	60.0	40.0	100.0
Primaria incompleta	Frecuencia	6	4	10
	Porcentaje	60.0	40.0	100.0
Secundaria Completa	Frecuencia	2	0	2
	Porcentaje	100.0		100.0
Carrera técnica	Frecuencia	1	1	2
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Licenciatura	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje		100.0	100.0
Total	Frecuencia	29	26	55
	Porcentaje	52.7	47.3	100.0

En la Tabla 17 se observa que los adultos mayores que tienen cuando menos parte de la educación básica tienen más del 50% de sujetos que concluye el programa, mientras que las analfabetas mayoritariamente no aceptaron o desertaron. Esto puede deberse a que probablemente por percibirse poco capaces para participar y realizar las actividades solicitadas o por no ser conscientes de los beneficios que éste podría aportarles.

Tabla 18

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con el número de familiares con quien viven.

Número de familiares con quien vive el sujeto		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
0	Frecuencia	5	1	6
	Porcentaje	83.3	16.7	100.0
1	Frecuencia	16	8	24
	Porcentaje	66.7	33.3	100.0
2	Frecuencia	4	4	8
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
3	Frecuencia	3	5	8
	Porcentaje	37.5	62.5	100.0
4	Frecuencia	1	6	7
	Porcentaje	14.3	85.7	100.0
5	Frecuencia	0	2	2
	Porcentaje		100.0	100.0
Total	Frecuencia	29	26	55
	Porcentaje	52.7	47.3	100.0

En la Tabla 18 se observa la frecuencia y porcentajes de los adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa, en relación con el número de familiares que viven con ellas; a menor número de personas con quienes viven mayor probabilidad de concluir el Programa, lo cual podría atribuirse al menor número de responsabilidades y actividades dentro del hogar, o a su mayor necesidad de contacto social. Los adultos mayores que viven con tres o más personas en su mayoría no aceptaron o desertaron, probablemente porque tienen que cumplir con mayores

responsabilidades en el hogar y tienen mayores oportunidades y exigencias de la convivencia con sus familiares.

Tabla 19

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con la percepción de su estado de salud.

Como percibe su estado de salud		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Bueno	Frecuencia	2	5	7
	Porcentaje	28.6	71.4	100.0
Regular	Frecuencia	21	13	34
	Porcentaje	61.8	38.2	100.0
Malo	Frecuencia	4	4	8
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Total	Frecuencia	27	22	49
	Porcentaje	55.1	44.9	100.0

En la Tabla 19 se observa que los adultos mayores que informaron que su estado de salud era bueno tuvieron una mayor proporción de deserción y no aceptación, probablemente no consideraron necesaria o interesante la ayuda propuesta. De aquellos que reportaron su estado de salud como regular el 61.8% concluyeron el Programa, tal vez porque consideraron que les ayudaría mejorar su estado de salud; parecería que las personas que perciben su salud como regular buscan y llevan a cabo alternativas para mejorarla.

En el cruce de las variables aceptación ó deserción-no aceptación con los puntajes de las pruebas psicométricas (EDG, BDI e InCaViSa), se agruparon los puntajes de acuerdo con los intervalos que propone el manual para cada prueba.

Tabla 20

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con nivel de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica.

Puntajes de la Escala de Depresión Geriátrica		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Ausencia de depresión	Frecuencia	21	10	31
	Porcentaje	67.7	32.3	100.0
Depresión severa en Incremento	Frecuencia	7	9	16
	Porcentaje	43.8	56.3	100.0
Severamente deprimido	Frecuencia	1	2	3
	Porcentaje	33.3	66.7	100.0
Total	Frecuencia	29	21	50
	Porcentaje	58.0	42.0	100.0

En la Tabla 20 se presenta la frecuencia y porcentaje de sujetos que concluyeron, no aceptaron o desertaron de acuerdo con el nivel de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica; se observa que aquellas personas que no presentaron depresión tuvieron mayor probabilidad de concluir el Programa, mientras que las personas que presentan un nivel severo de depresión desertaron o no aceptaron participar, esto concuerda con el menor interés en emprender nuevas actividades que el que presentan las personas más deprimidas.

Tabla 21

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desartaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con nivel de depresión según el Inventario de Depresión de Beck.

Puntajes del Inventario de Depresión de Beck		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Depresión mínima	Frecuencia	4	1	5
	Porcentaje	80.0	20.0	100.0
Depresión leve	Frecuencia	6	0	6
	Porcentaje	100.0		100.0
Depresión moderada	Frecuencia	4	4	8
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Depresión severa	Frecuencia	2	2	4
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Total	Frecuencia	16	7	23
	Porcentaje	69.6	30.4	100.0

La Tabla 21 muestra que aquellas personas con un nivel de depresión mínimo o leve de acuerdo con los criterios de calificación del BDI concluyeron el Programa. Este resultado-replica el de la EDG que se presentó en la Tabla anterior.

Tabla 22

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desistieron-no aceptaron participar en relación con el Factor de percepción de salud del InCaViSa.

Factor de percepción de salud del InCaViSa		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desistieron o no aceptaron	
Muy buena	Frecuencia	3	8	11
	Porcentaje	27.3	72.7	100.0
Buena	Frecuencia	8	8	16
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Regular	Frecuencia	8	5	13
	Porcentaje	61.5	38.5	100.0
Mala	Frecuencia	3	1	4
	Porcentaje	75.0	25.0	100.0
Total	Frecuencia	22	22	44
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0

En la Tabla 22 se observa que a mejor percepción de su salud, existió mayor deserción o no aceptación, probablemente su percepción de salud les impide considerar la importancia de la ayuda propuesta. Al igual que en la Tabla 19, se muestra que las personas que perciben su estado de salud como regular concluyen el Programa. Pareciera que a regular percepción de malestar mayor motivación para buscar opciones para mejorar su salud y mayor permanencia en el Programa.

Tabla 23

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desartaron-no aceptaron participar en relación con su nivel de glucosa.

Nivel de glucosa		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Normal	Frecuencia	4	1	5
	Porcentaje	80.0	20.0	100.0
Elevado	Frecuencia	6	7	13
	Porcentaje	46.2	53.8	100.0
Total	Frecuencia	10	8	18
	Porcentaje	55.6	44.4	100.0

En la Tabla 23 se encuentra que los adultos mayores que presentaron un nivel de glucosa elevado tuvieron una mayor proporción de deserción y no aceptación, probablemente porque cuando los niveles de glucosa se encuentran elevados se presentan síntomas como visión borrosa, cansancio y fatiga lo cual impedía su asistencia al Programa. Aquellos que presentaron un nivel de glucosa normal concluyen el Programa, aparentemente porque al no presentar los síntomas de una hiperglucemia pueden realizar sus actividades normalmente.

Las variables que no tuvieron ninguna dependencia y/o relación con la decisión del sujeto de participar o no, fueron: posee información de la enfermedad, está bajo tratamiento médico, sigue las indicaciones de su médico, realiza ejercicio, factor de funciones cognitivas, factor de percepción general de calidad de vida, tensión sistólica y diastólica. Las Tablas 24 a 32 presentan las frecuencias y porcentajes que resultan al combinar estas variables.

Tabla 24

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con si posee información.

Posee información acerca de la enfermedad		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Si	Frecuencia	16	10	26
	Porcentaje	61.5	38.5	100.0
No	Frecuencia	10	12	22
	Porcentaje	45.5	54.5	100.0
Total	Frecuencia	26	22	48
	Porcentaje	54.2	45.8	100.0

Tabla 25

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desartaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con si está bajo tratamiento médico.

Está bajo tratamiento médico		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Si	Frecuencia	22	23	45
	Porcentaje	48.9	51.1	100.0
No	Frecuencia	3	2	5
	Porcentaje	60.0	40.0	100.0
Total	Frecuencia	25	25	50
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0

Tabla 26

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desartaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con si sigue las indicaciones de su médico.

Sigue las indicaciones de su médico		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Si	Frecuencia	22	20	42
	Porcentaje	52.4	47.6	100.0
No	Frecuencia	3	2	5
	Porcentaje	60.0	40.0	100.0
Total	Frecuencia	25	22	47
	Porcentaje	53.2	46.8	100.0

Tabla 27

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desartaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con la práctica de ejercicio.

Practica ejercicio		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Si	Frecuencia	3	0	3
	Porcentaje	100.0		100.0
No	Frecuencia	23	21	44
	Porcentaje	52.3	47.7	100.0
Total	Frecuencia	26	21	47
	Porcentaje	55.3	44.7	100.0

Tabla 28

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en relación con el Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa.

Factor de relaciones interpersonales del InCaViSa		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Casi nunca perciben deterioro	Frecuencia	7	9	16
	Porcentaje	43.8	56.2	100.0
Pocas veces perciben deterioro	Frecuencia	11	7	18
	Porcentaje	61.1	38.9	100.0
A veces si, a veces no perciben deterioro	Frecuencia	5	2	7
	Porcentaje	71.4	28.6	100.0
Frecuentemente perciben deterioro	Frecuencia	0	3	3
	Porcentaje		100.0	100.0
Total	Frecuencia	23	21	44
	Porcentaje	52.3	47.7	100.0

Tabla 29

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en relación con el Factor de funciones cognitivas del InCaViSa.

Factor de funciones cognitivas del InCaViSa		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Nunca perciben deterioro	Frecuencia	5	2	7
	Porcentaje	71.4	28.6	100.0
Casi nunca perciben deterioro	Frecuencia	3	5	8
	Porcentaje	37.5	62.5	100.0
Pocas veces perciben deterioro	Frecuencia	7	7	14
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
A veces si, a veces no perciben deterioro	Frecuencia	4	2	6
	Porcentaje	66.7	33.3	100.0
Frecuentemente perciben deterioro	Frecuencia	5	3	8
	Porcentaje	62.5	37.5	100.0
Siempre perciben deterioro	Frecuencia	2	2	4
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Total	Frecuencia	26	21	47
	Porcentaje	55.3	44.7	100.0

Tabla 30

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desartaron-no aceptaron participar en relación con el Factor de estimación de calidad de vida.

Factor de estimación general de calidad de vida del InCaViSa		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Nunca perciben deterioro	Frecuencia	1	3	4
	Porcentaje	25.0	75.0	100.0
Casi nunca perciben deterioro	Frecuencia	10	12	22
	Porcentaje	45.5	54.5	100.0
Pocas veces perciben deterioro	Frecuencia	11	6	17
	Porcentaje	64.7	35.3	100.0
A veces si, a veces no perciben deterioro	Frecuencia	5	1	6
	Porcentaje	83.3	16.7	100.0
Total	Frecuencia	27	22	49
	Porcentaje	55.1	44.9	100.0

Tabla 31

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desistieron-no aceptaron participar en el Programa en relación con la tensión sistólica.

Tensión sistólica		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desistieron o no aceptaron	
Tensión arterial normal	Frecuencia	16	17	33
	Porcentaje	48.5	51.5	100.0
Tensión arterial elevada	Frecuencia	3	3	6
	Porcentaje	50.0	50.0	100.0
Hipertensión leve fase 1	Frecuencia	8	5	13
	Porcentaje	61.5	38.5	100.0
Hipertensión moderada fase 2	Frecuencia	2	0	2
	Porcentaje	100.0		100.0
Hipertensión grave fase 3	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje		100.0	100.0
Total	Frecuencia	29	26	55
	Porcentaje	52.7	47.3	100.0

Tabla 32

Frecuencia y porcentaje de adultos mayores que concluyeron ó desertaron-no aceptaron participar en el Programa en relación con la tensión diastólica.

Tensión diastólica		Grupo al que pertenece el sujeto		Total
		Concluyeron	Desertaron o no aceptaron	
Tensión arterial normal	Frecuencia	22	18	40
	Porcentaje	55.0	45.0	100.0
Tensión arterial elevada	Frecuencia	2	1	3
	Porcentaje	66.7	33.3	100.0
Hipertensión leve fase 1	Frecuencia	2	6	8
	Porcentaje	25.0	75.0	100.0
Hipertensión moderada fase 2	Frecuencia	3	0	3
	Porcentaje	100.0		100.0
Hipertensión grave fase 3	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje		100.0	100.0
Total	Frecuencia	29	26	55
	Porcentaje	52.7	47.3	100.0

Las adultas mayores que tienen mayor probabilidad de concluir el Programa, son personas que padecen solo una enfermedad, acuden a la Casa de Asistencia Social "Años Felices", viven con pocos familiares, tienen poca escolaridad, perciben su estado de salud como regular, presentan ausencia o un nivel mínimo de depresión y en el caso de las pacientes diabéticas presentan un nivel normal de glucosa en sangre.

Capítulo IV. Discusión

El Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión aumentó el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida de las adultas mayores, sin embargo, de manera inesperada los cambios observados fueron diferentes para cada una de las dos enfermedades de las que trata este estudio.

En las pacientes con diabetes mellitus tipo 2 los beneficios ocurrieron únicamente en el peso y en el nivel de depresión, ambos fueron menores al finalizar el Programa; mientras que en las pacientes hipertensas las diferencias se manifestaron en la disminución de la tensión arterial sistólica y las emociones negativas registradas, y en un mejor apego al régimen alimenticio e incremento en la actividad física. Esto podría explicarse debido a que el requisito de respuesta en el tratamiento para la diabetes es más alto que en el de la hipertensión, pues las pruebas de glucosa son procedimientos invasivos que son molestos para los pacientes, al igual que el inyectarse insulina, además la restricción de alimentos es mayor (bajo consumo de azúcares, grasas y en ocasiones sal), por lo que la tasa de adherencia es más baja en pacientes diabéticos (Cerkoney & Hart, 1980; Vetter, Ramsey, Luscher, Schrey & Vetter, 1985; Williams, Martín & Coyle, 1967).

Los dos grupos mostraron al finalizar las sesiones de entrenamiento en relajación cambio en los indicadores fisiológicos de este estado. Sin embargo, de los dos indicadores que se registraron, temperatura periférica y frecuencia respiratoria, se incrementó la temperatura periférica al final de la relajación en el grupo de diabéticas y disminuyó la frecuencia respiratoria en el de hipertensas. Los requisitos metabólicos más altos de los pacientes diabéticos podría hacer poco funcional la disminución de la frecuencia respiratoria y con ella el ingreso de oxígeno al organismo (D. Velázquez, 20 de octubre, 2003).

El conocimiento acerca de la enfermedad y la percepción de salud y bienestar fueron las únicas variables que se afectaron en la misma dirección en ambas enfermedades: incrementaron significativamente al finalizar el Programa lo cual se debe probablemente a que al presentar mayor conocimiento de la enfermedad las ayuda a diferenciar mejor cuales son los síntomas específicos de las consecuencias de la enfermedad lo que a su vez generó una mejor percepción de salud.

A pesar de la alegada declinación cognoscitiva en la vejez y de su escasa instrucción, los sujetos de este estudio adquirieron la mayoría de los conocimientos que se intentó enseñarles. Este resultado coincide con la tesis de Fernández-Ballesteros *et. al.* (1999) sobre los adultos mayores, en la que afirma que son capaces de nuevos aprendizajes y que la edad no trae consigo la incapacidad para aprender sino simplemente que no pueden aprender tan rápido

como lo hacían antes. Un factor importante para el aprendizaje es la relevancia que para los pacientes tiene conocer su enfermedad lo que crea o incrementa la motivación y su participación activa en el Programa, en otras palabras, al contar con más información o conocimientos sobre su enfermedad las adultas mayores estuvieron dispuestas a colaborar de forma activa en su tratamiento. El mayor conocimiento les permite enfrentar algunas situaciones con el fin de controlar y prevenir complicaciones de la enfermedad.

El cambio en calidad de vida, como efecto de la intervención, sólo se observó en el factor de percepción de salud y bienestar; podría atribuirse al incremento de conocimientos de la enfermedad y la adherencia terapéutica.

Por otra parte, el incremento del conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia terapéutica indica una posible relación entre estas variables, ya que entre los factores que afectan las conductas de adherencia (además de los de naturaleza socioeconómica, educativa o demográfica) están los asociados con la ignorancia, convicciones, creencias y actitudes de los pacientes, de tal forma que si el adulto mayor cuenta con información sobre su enfermedad disminuye la ignorancia, las creencias y convicciones erróneas y a su vez puede disminuir o evitar factores de riesgo y realizar adecuadamente conductas protectoras o de salud, esto le facilita afrontar su enfermedad.

Los resultados sugieren que el Programa benefició a la muestra, sin embargo, no todas las participantes obtuvieron la misma ganancia, lo que puede atribuirse a las diferencias individuales y a variables no controladas como: el apoyo familiar, problemas personales, tradiciones, entre otras. También podría explicarse por las características propias de la enfermedad que se relacionan con el funcionamiento del cuerpo, estilos de vida y el control de las emociones.

Los resultados de este estudio exploratorio ocurrieron en la misma dirección que los resultados publicados internacionalmente sobre la efectividad de tratamientos cognitivo-conductuales en población de adultos con enfermedades crónicas que favorecen adherencia terapéutica (Feifer & Tansman, 1999; Litt, Kleppinger & Judge, 2002; Padgett, Mumford & Haynos, 1988, cit en Robles, 2002; Rybarczyk, López, Benson, Alsten & Stepanski, 2002; Safren, 2001; Sharpe, Sensky, Timberlake, Allard y Brewin, 2001, cit en Robles, 2002; Sheryl, et. al., 2000). Además, concuerdan con los resultados de investigaciones nacionales (Carballido, 2003; Ceballos & Laguna, en prensa; Lobato, 2001; Riveros 2002), sin embargo, en México, existe poca investigación sobre adherencia terapéutica y percepción de calidad de vida en adultos mayores.

Las características de la muestra de esta investigación y las condiciones de contexto difieren de la mayoría de otros estudios realizados sobre la efectividad de programas

cognoscitivo conductuales para promover la prevención secundaria de enfermedades crónico degenerativas mediante la adherencia terapéutica y mejorar la calidad de vida.

- Una primera diferencia entre las muestras de esta investigación y las de otros estudios es el escenario en el que se aplicó el Programa. Los sujetos de esta investigación acuden a casas de asistencia social por lo menos dos días a la semana a una actividad recreativa y la mayoría de los sujetos en investigaciones sobre adherencia terapéutica en enfermedades crónico degenerativas asisten al servicio médico en calidad de pacientes externos de hospitales.

- En segundo lugar la mayoría de los estudios de adherencia terapéutica incluye a pacientes adultos, varones y mujeres, y el estudio que se presenta aquí incluyó solamente adultas mayores de 60 años. Por otro lado la mayor parte de los estudios sobre la calidad de vida con adultos mayores se ha llevado a cabo en hospitales, instituciones psiquiátricas y asilos, sus objetivos se enfocan a los cambios físicos, psicológicos y emocionales que se presentan durante la vejez, así como a determinar el impacto de la jubilación y el deterioro de las relaciones sociales. Los sujetos de las muestras de esta investigación siempre fueron amas de casa, viven con pocos familiares, se ocupan de las actividades del hogar y como característica adicional pertenecen a una Casa de Asistencia Social en la que tienen un gran apoyo moral del grupo cuando tienen algún problema o enfermedad.

- En tercer lugar el nivel educativo y socioeconómico es probablemente más bajo que los de los pacientes en países desarrollados. Las pacientes de este estudio mexicano tienen la doble desventaja de su nivel socioeconómico bajo y de pertenecer a un país pobre.

- En cuarto lugar, las costumbres familiares, y las redes sociales propias de la cultura mexicana difieren de las de los países del llamado Primer Mundo.

- En quinto lugar las tradiciones culinarias de la cocina mexicana incluyen muchos alimentos poco saludables y contraindicados en las condiciones de diabetes e hipertensión. La dieta mexicana es rica en carbohidratos, lípidos y sal. El cambio de hábitos alimenticios de toda la vida es una de las dificultades mayores en la adherencia terapéutica de la diabetes y la hipertensión.

Los resultados obtenidos al aplicar el Programa, -en la misma dirección que investigaciones en otros países y contextos- a pesar de las diferencias económicas, sociales y culturales, hace evidente la poca importancia que estas diferencias pudieran tener en los procesos estudiados, y señala a las variables en común: educación para la salud, técnicas cognoscitivo conductuales, enfoque sobre la alimentación, ejercicio y toma de medicamentos, como las responsables de los beneficios.

La mayor parte de los estudios que se informa en la literatura psicológica sobre adherencia, se realiza con pacientes con una sola enfermedad. Al aplicar este Programa a dos

padecimientos, fue posible observar diferentes respuestas a la intervención, que señalan características de cada enfermedad o del tipo de enfermos.

Lo anterior sugiere que ciertas características de la enfermedad, ya sean físicas (función del organismo con diabetes o con hipertensión) o psicológicas pueden influir en la respuesta de las adultas mayores al Programa. Esto es importante porque existen tópicos pendientes por estudiar como los aspectos psicológicos específicos de cada enfermedad y en qué grado se relacionan con conductas de adherencia.

El presente estudio pretende contribuir al acopio de investigaciones orientadas a mejorar el bienestar del paciente crónico, especialmente en las condiciones endémicas del país y con esto solucionar, en parte, el problema de salud pública.

En el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas las instituciones de salud pública como IMSS, ISSSTE, SSA, además de la atención médica, han implementado programas educativos que por su reciente creación no han sido suficientes para tratar estos padecimientos, a pesar de que la estructura de los programas y su desarrollo se han ido mejorando en los últimos años. Debido a que en parte la etiología de las enfermedades crónico degenerativas radica en los estilos de vida, la aproximación educativa resulta insuficiente, por lo que es importante considerar los componentes psicológicos de la enfermedad y aspectos como emociones, motivación, empatía, técnicas para optimizar el aprendizaje y la participación del paciente, con el objetivo de lograr que los pacientes adquieran no sólo conocimientos sino también habilidades y destrezas, así como la motivación necesaria para realizar modificaciones de conductas duraderas: seguimiento de indicaciones médicas y práctica de comportamientos más saludables.

Este Programa toma en cuenta los aspectos psicosocioculturales de la población, está estructurado de manera sistemática ya que propone 12 sesiones grupales con contenidos y objetivos específicos -cartas descriptivas para cada sesión y folletos-, que brinda información necesaria para motivar al paciente a realizar cambios en su estilo de vida y con esto prevenir complicaciones de la enfermedad, es decir, realiza prevención secundaria. Además de la información se proporciona un entrenamiento de habilidades de autocuidado que permiten al paciente el fácil seguimiento de las indicaciones médicas y tener el control y cuidado de su enfermedad.

Por tanto aplicar este Programa a sectores semejantes contribuiría a disminuir la aparición de complicaciones de la diabetes e hipertensión. La atención médica a estas complicaciones resulta más costosa que la prevención secundaria, por lo que incluir este tipo de Programas al sector salud contribuiría a reducir el gasto en salud y ofrecería una solución a la demanda de salud pública.

Limitaciones de esta investigación y sugerencias.

- Al aplicar el Programa se presentaron algunos inconvenientes que ocasionaron menor precisión en las mediciones: las características del escenario, las condiciones climatológicas, los recursos económicos para realizar mediciones más exactas, por ejemplo contar con medidas de hemoglobina glucosilada.

- El número final de participantes limitó las posibilidades de análisis.

- Los resultados encontrados en esta investigación sólo son generalizables a muestras con características similares a las empleadas.

- Al aplicar los instrumentos psicológicos se observaron algunas dificultades como la incomprensión de instrucciones, de algunos reactivos, y la dificultad para contestar de acuerdo con la escala Likert. Se recomienda, que investigaciones posteriores con muestras semejantes, se usen instrumentos de fácil comprensión y aplicación, además de que se supervise la correcta comprensión de las instrucciones.

- En cuanto a los registros conductuales se observó que algunas personas, principalmente las de mínima escolaridad, tuvieron dificultad para entender las instrucciones para los registros conductuales -especialmente el registro de alimentos y de ejercicio-, se recomienda modificarlos, agregar imágenes que identifiquen cada grupo de alimentos.

- Otra forma de evaluar la efectividad del Programa es observar si los síntomas o malestares de la enfermedad disminuyen conforme incrementa el conocimiento de la enfermedad y la adherencia, por lo que se sugiere agregar un registro donde las participantes anoten la frecuencia de los síntomas y/o malestares de la enfermedad, que además puede funcionar como retroalimentación para el paciente, pues al identificar que sus malestares disminuyen puede motivarlo a aprender más y esforzarse para seguir las indicaciones médicas y modificar su estilo de vida.

- Otra de las recomendaciones importantes, es aplicar una prueba para medir niveles de ansiedad en esta población ya que esta variable juega un papel importante en ambas patologías.

- Se considera que el éxito de un programa de intervención se determina en la medida en que produce cambios conductuales en la población a la que va dirigido. Además, es importante que los pacientes adquieran las estrategias necesarias para controlar su enfermedad a largo plazo; por lo que se recomienda que en posteriores aplicaciones se realice una fase de seguimiento donde se pueda observar si los cambios perduran a lo largo del tiempo, esto puede realizarse con llamadas telefónicas, reuniones a los 3 y/o 6 meses, etc.

- Dado que en los resultados se encontró un efecto variado del Programa, en el sentido de que no todas las participantes se beneficiaron igual, se recomienda incluir sesiones individuales para las personas que presenten dificultad en la modificación de su estilo de vida, aunque

requiere un gasto mayor en cuanto a tiempo y esfuerzo, de esta manera se pueden contextualizar las problemáticas individuales del paciente crónico degenerativo y así optimizar los beneficios que en el grupo pudieran obtener.

- Otra sugerencia es que los registros conductuales no sólo se utilicen como instrumento de medida, ya que en algunas variables como emociones negativas, funcionó también como técnica de autocontrol.

Capítulo V. Conclusión

- La presente investigación ha cumplido con el objetivo planteado, ya que se evaluaron los efectos del Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión y se considera que fue eficaz debido a que:
- El Programa aumentó el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida en las adultas mayores que acuden a las Casas de Asistencia "Benita Galeana" y "Años felices" ubicadas en la Delegación Iztapalapa.
- La eficacia del Programa difirió al aplicarlo a pacientes diabéticas e hipertensas, son estas últimas las que se beneficiaron más, ya que mostraron cambios significativos en más variables: las adultas mayores con hipertensión aumentaron su conocimientos sobre la enfermedad, mejoraron su percepción de salud, disminuyeron su presión arterial y la frecuencia de sus emociones negativas, tomaron adecuadamente sus medicamentos, aumentaron su actividad física y siguieron más días su régimen alimenticio; mientras que las adultas mayores diabéticas aumentaron su conocimientos sobre la enfermedad, mejoraron su percepción de salud, disminuyeron su peso y su nivel de depresión. Se esperaría que estos cambios se mantuvieran a largo plazo, lo que reafirmaría los beneficios de la intervención.
- El Programa resulta una alternativa para mejorar la adherencia, disminuir los costos que tienen las complicaciones de la diabetes o la hipertensión, para el paciente, los familiares y las instituciones de salud, por el tiempo de aplicación y los cambios en la dirección esperada.

Referencias

Akagi, H., Kilmes, I. & Bass, C. (2001). Cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital: Feasible and effective. *General Hospital Psychiatry*, 23 (5), 254-260

Alvaradejo, G. (1996). *Estudio preliminar a la construcción de una escala de Calidad de Vida para pacientes que sobreviven a padecimientos oncológicos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Altariba, F. (1992). *Gerontología*. Barcelona: Boixareu Universitaria.

Amaral, P. L., (1986). *The special case of compliance in the elderly*. En Rodríguez, O. G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México, D.F.: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

American Diabetes Association, ADA, (1996). En Lobato, V. X. (2001). *Adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético: medición y mejoramiento*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Ganz, P.A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services and other health research. *Quality of life Research*, 3, 365-371.

Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1 (1), 1-30.

Barrera, P. (2002) *Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Barrón-Rivera, A., Torreblanca-Roldán, F, L. Sánchez-Casanova, L., & Martínez-Beltrán M. (1998). Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. En Barrera, P. (2002) *Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Belloc, N. (1973). Relationship of health practiques and mortality. En Barrera, P. (2002). *Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Birren, J. G., Woods, A. M., & Williams, M. V. (1980). Behavioral slowing with age: Causes, organization and consequences. En Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. 7ª. ed. México: Prentice-Hall.

Brontons, C.; Ribera, A; Permanyer, G. Cascant, P.; Moral, I; et al. (2001). *Cuestionario de Calidad de Vida Post Infarto del Miocardio (MacNew QLMI)*.

Buela-Cassal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Cabañas, M. C. & Hernández, V. H. (2001). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para adultos mayores*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of life*. Nueva York: Rusell Sage Foundation.

Carballido, J. (2003) *Calidad de vida en pacientes crónicos y adherencia terapéutica: un estudio exploratorio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Carrobes, J. A. (1984). *Psicología y Medicina. La Psicología como ciencia*. Madrid: Editorial Ayuso. págs. 73-98.

Castro, Gómez-Dantes, Negrete-Sánchez & Tapia-Conyer, (1996). *Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años*. Salud Pública México. En Riveros, R.A. (2002). *Calidad de vida en pacientes crónicos: un estudio en pacientes hipertensos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G. & McAuliffe, T. L., (2000) Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology*, 19 (2), 124-133.

Ceballos, G. & Laguna, L. R. (en prensa). *Estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes hipertensos*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.

Cerkoney, A. B. & Hart, K. (1980). The relationships between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3, 594-598.

Cipher, D. J., Fernández, E. & Clifford, P. A. (2001). Cost-effectiveness and health care utilization in a multidisciplinary pain center: comparison of three treatment groups. *Journal of clinical psychology in Medical Settings*, 8 (4), 237-244.

Coutu, M. F.; Dupuis, G.; D'Antone B. & Rochon-Goyer, L. (2003). Illness representation and change in dietary habits in hypercholesterolemic patients. *Journal of behavior medicine*. 26 (2), 33-151.

Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. 7ª. ed. México: Prentice-Hall. págs. 608-634.

Christenson, A.; Moran, P. & Wiebe, J. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*. 18, 169-176.

Consejo Nacional de Población (2001). En Cabañas, M. C. & Hernández, V. H. (2001). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para adultos mayores*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Dumbar, J., Duming, E. J. & Dwyer, K. (1989). Compliance measurement with arthritis regimen. *Arthritis Care & Research*, 2 (3), 8-16.

Echeburua, O. E. (1993). *Modificación de Conducta y Psicología Clínica*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Epstein, & Cluss, (1982). En Buela-Cassal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (comp.) (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Escalante, E. I. (1999). *Aspectos psicosociales de la calidad de vida e indicadores inmunológicos en pacientes con VIH-SIDA*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, ECDCD (1997). En Lobato, V. X. (2001). *Adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético: medición y mejoramiento*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Federación Mexicana de Diabetes (2003). *Control total de la diabetes para el médico tratante*. México: Editorial Intersistemas. Documento electrónico disponible en <http://www.fmdiabetes.com/diabetes/dnumeros.asp#Mexico> consultado el 8 de Julio de 2003.

Feifer, Ch. & Tansman, M. (1999). Promoting psychology in diabetes primary care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (1), 14-21.

Fericgla, J. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.

Fernández-Ballestros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez roca.

Fernández-Ballestros, R., Moya, R., Iñiguez, J. & Dolores, M. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández J.; Rancano, I. & Hernández, R. (1999). *Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)*.

Frans, M., Horton E. & Bantle, J. (1994). Nutrition principles for the management of diabetes related complications. *Diabetes Care*, 7, 490-518.

Frazer, G. H. (1998). Assessment of quality of life indicators among selected patients in a community cancer center. *Issues in Mental Health Nursing*, 19 (3), 241-262.

García, B. D. (2000) *Hipertensión arterial. La ciencia para todos*. México: Fondo de Cultura Económica.

García-Vera, M. P., & Sanz, J. (1993). *Tratamientos cognitivo-conductuales para la hipertensión esencial*. En Simón, M. A. (comp.) (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de Intervención*. Madrid: Pirámide.

García, F. R. (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gardea, M.A, Gatchel, R.J. & Mishra, K.D. (2001). Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (4), 341-359.

Gellert, A. (1993). The importance of quality of life research for health care reform in USA and the future of public health. En González-Puente, J.A. (2001). *Evaluación y mejoramiento de la calidad de vida en pacientes seropositivos al VIH-SIDA*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gómez, F. D. & Saburido, N. X. (1996). *Salud y Prevención: Nuevas Aportaciones desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela: Universidad, Servicio de publicaciones e intercambio científico.

González-Celis R., A.L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Celis, A. L. & Sánchez Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (2), 43-58.

González-Puente, J. A. (2001). *Evaluación y mejoramiento de la calidad de vida en pacientes seropositivos al VIH-SIDA*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Puente, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2000). *Escala de Calidad de Vida para pacientes Seropositivos (EsCaViPS)*.

Goodwin, D; Boggs, S. & Graham-Pole, J. (1994). *Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS)*.

Griffa, M. & Moreno, J. (1993). *Claves para la comprensión de las edades de la vida. Psicología evolutiva 2*. Argentina: Ediciones Braga.

Gutiérrez, N. (1994). *Vejez y jubilación: aprovechamiento de la experiencia laboral en el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)*. Tesina de Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México.

Guyton, A.C. (1984). *Tratado de fisiología médica*. 6ª ed. México, D.F.: Interamericana.

Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud: para la vida (1997). México: Coordinación de Salud Comunitaria.

Hammond, D.C. (2001). Treatment of chronic fatigue with neurofeedback and self-hypnosis. *Neurorehabilitation*, 16 (4), 295-300

Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558

Hernández, B. (2001). *Adhesión terapéutica y evaluación de un taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Instituto Nacional de Geografía e Informática (2002a). *Cuaderno Estadístico Delegacional. Distrito Federal. Iztapalapa*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Geografía e Informática (2002b). *Síntesis de resultados. Zona Metropolitana de la Ciudad de México. XII Censo General de Población y Vivienda 2000*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Geografía e Informática (2003). *Porcentaje de defunciones de 65 años y más por sexo y causa 1990-2001*. Recuperado el 6 de septiembre del 2003 de <http://inegi.gob.mx>.

Jurado, S.; Villegas, M. E.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, F. & Varela, R. (1998a). *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*.

Jurado, S.; Villegas, M. E.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, F. & Varela, R. (1998b). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3), 26-31.

Kaplan, N. M. (1997). *Hipertensión clínica*. 2da. ed. Barcelona: Springer.

Katsching, H. (2000). Utilidad del concepto calidad de vida en psiquiatría. En González-Celis, A. L. & Sánchez Sosa, J. J. (2003). *Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores*. *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (2), 43-58.

Labiano, M. L. & Brusasca, C. (2002), *Variables psicológicas asociadas a la hipertensión arterial*. *Manuscrito en prensa*

Levi, L. & Anderson, L. (1975). *Psychosocial stress: Population, environment and quality of life*. Nueva York: Spectrum.

Litt, M. D., Kleppinger, A., & Judge, J. O. (2002). Initiation and Maintenance of Exercise Behavior in Older Women: Predictors From the Social Learning Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (1).

Lobato, V. X. (2001). *Adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético: medición y mejoramiento*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Lustman, Anderson, Freedland, de Groot, Carney & Clouse (2000). *Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial*. En García, F.R. (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Macía, D. & Méndez J.F. (1996). *Evaluación de la adherencia al tratamiento*. En Buela-Cassal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (comp.) (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI

Mannucci, E.; Rica, V; Barciulli, E.; Bernardo, M.; Travaglini, R.; et al. (1999). *Obesity Related Wel-Being Questionnaire (ORWELL 97)*.

Manual de Orientación Alimentaria para Personas con Diabetes Mellitas Tipo 2. La Enfermedad, sus Complicaciones y el Manejo de la Guía de Alimentación (2002). Manual educativo de investigación financiado por CONACYT y DANONE.

Martínez, K. & Solís, L. (2001). *Comparación entre indicadores de salud: afrontamiento y redes sociales en dos poblaciones diferentes de la tercera edad en el Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Matarazzo J.D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En Barrera, P. (2002). *Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Meichembaum, D. & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. En Buela-Cassal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Moraleda, M. (1999). *Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México: Alfaomega.

Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la Salud*. México: Unison.

Moss, R. (1984). *Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B)*.

Mottis, J. (1985). *El dado de la vejez y sus seis caras*. Madrid: Altalena.

Muñoz, A. (2001). Sexualidad en la tercera edad. En *Manual de gerento-geriatria para coordinadores de centros de atención a la vejez* México, D.F.: Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, IAP.

Murguía, P.C. (2001). *Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 bajo la óptica del modelo transteórico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Negrete-Sánchez J. & Tapia-Conyer R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública*, 38 (4), 38-447.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Constitution of the world health organization*. Recuperado el 31 de octubre del 2003 de http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42

Oviedo, G. M. (2003). *Factores de riesgo, sintomatología y personalidad relacionados con la diabetes mellitus no dependiente de insulina*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Palomar, L.J. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Padgett, D., Mumford, E. & Haynos, M. (1988). Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. En Robles, G.R. (2002). *Evaluación y modificación de la calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo II*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Padilla, E., Silva, N; Tuxpan, M.; Martínez, V. & González, F. (2002a). *Antología de vejez y proceso de envejecimiento*. México: Caritas Bienestar del Adulto Mayor.

Padilla, E; Silva, N; Tuxpan, M.; Martínez, V. & González, F. (2002b). *Manual de vejez y proceso de envejecimiento*. Caritas Bienestar del Adulto Mayor. México: Plaza y Valdés.

Palencia, G. (2001). *Perfil del impacto de la insuficiencia renal crónica en la calidad de vida*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Phares, J.E. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. 2ª ed. México: Manual Moderno.

Postigo, L. J. & Beneit, M. P. (1992). *Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la Salud..* Buenos Aires: Lumen.

Prochaska, J. O.; Velicer, W. F.; Rossi, J. S.; Goldstein, M. G.; Marcus, B. H.; Rakowski, C. A.; et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.

Prochaska y DiClemente, 1982. *Entrevista motivacional*. En Murguía, P. C. (2001). *Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 bajo la óptica del modelo transteórico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Programa de Salud del Adulto y del Anciano (1995). Documento electrónico de la Secretaría de Salud. Recuperado el día 18 de febrero del 2003 de <http://www.ssa.gob.mx/coorve/adulto.html>.

Programa de acción: Atención al envejecimiento 2001-2006 (2001). México: Secretaría de Salud.

Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, (2001) México: Secretaría de Salud.

Programa delegacional de adultos mayores (2002). Coordinación de programas de combate a la pobreza: enlace territorial Aculco. México: Gobierno del Distrito Federal.

Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial (1999). *Rev Cubana Med*, 38 (3), 160-169. Recuperado el 08 de julio de 2003 de http://www.sld.cu/revista/med/vol38_3_99/med02399.htm

Riveros, R.A. (2002). *Calidad de vida en pacientes crónicos: un estudio en pacientes hipertensos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rivera, D. Y. (2001). Panorama de la atención social del anciano en México. En *Manual de gerento-geriátrica para coordinadores de centros de atención a la vejez* México, D.F.: Fundación Héctor Vézlez y de la Rosa, IAP.

Roa, A. (1995). Marco teórico-conceptual de la Psicología de la Salud. En Roa, A. (comp.) (1995). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Robiner, W. & Keel, P. (1997). Self care behaviors and adherence in diabetes mellitus. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2, 40-56.

Robles, G.R. (2002). *Evaluación y modificación de la calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo II*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, A. (1991). Apoyo social y salud. En Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud. Desarrollo actuales*. Murcia: Universidad, Secretariado de publicaciones.

Rodríguez, O. E. (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Rodríguez, O. G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México, D.F.: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Rodríguez, P. M. (1986). *El autorregistro como factor determinante en el incremento de la adherencia terapéutica dentro de los programas de salud implementados en el Hospital General de la Secretaría de Salud*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rojas, C. G. (1992). *Evaluar la validez de la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Ansiedad y Depresión para Hospitales Generales*. Tesis para la especialización en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rybarczyk, B., López, M., Benson, R., Alsten, C. & Stepanski, E. (2002). Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychology & Aging*, 17 (2), 288-298.

Sainz, M.A. (1992). *Evaluar la validez de la Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck*. Tesis para la especialización en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez-Sosa, J. J. (1998). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud*. En Rodríguez, G. & Rojas, M. (Comps.) (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: M.A. Pomua.

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. México: *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 85-92.

Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández G. L. (1993). *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)*.

Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández G. L. (2001). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*.

Salthouse, T. (1985). Speed of behavior and its implications for cognition. En Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. 7ª. ed. México: Prentice-Hall.

Sanfer, S. (1999) *Cognitive Behavioral interventions to increase medication adherence*. En *Psychiatric Practice: Everyday solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston.

Safren, S. (2001). *Life Steps. A guide / Protocol to increase therapeutic adherence*. Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. Boston.

Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N. Allard, S. & Brewin, C.R. (2001). The role of cognitive behavioral therapy in facilitating adaptation to illness in rheumatoid arthritis: A case series. En Robles, G.R. (2002). *Evaluación y modificación de la calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo II*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sheryl, L., Catz, Jeffrey, A., Kelly, L., Bogart, E., Benotsch, & McAuliffe (2000). *Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease*. *Health Psychology*. 19, (2), 124-133

Sieber, W. J. & Kaplan R. M. (2001). Assessing the utility of behavioral medicine interventions: quantifying health-related quality of life. En *Assesment in Behavioral Medicine* (2001). Nueva York.

Simón, M. A. (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de Intervención*. Madrid: Pirámide.

Solomon, C. S. (2001). Impact of patient education on quality of life in headache treatment. *Drug Benefit Trends*, 13 (11), 27-33

Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. 4ª ed. Los Angeles: McGraw-Hill.

Touchette, N. (2001). *Todo y más sobre la diabetes*. México: Pearson Education.

Varela, J. (1997). Ancianidad y Desarrollo: ¿Antítesis?. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 41-54.

Varela, R. & Villegas, E. (1990). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*.

- Vega, J. & Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Velasco, M. L. & Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia. (Sistemas historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Vetter, H., Ramsey, L. E., Luscher, T. F., Schrey, A. & Vetter, W. (1985). Symposium on compliance-improving strategies in hypertension. *Journal of Hypertension Supplement*, 3.
- Vickrey, B.; Hays, R.; Marooni, R.; Myers, L.; et al. (1995). *Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL)*.
- Vries, J. (2001). Quality of life assesment. En *Assesment in Behavioral Medicine* (2001). Nueva York.
- Watkins, J. B., Roberts, D. E., Williams, T. F., Martin, D. A. & Coyle, I. V. (1967). Observation of medication errors made by diabetic patients in the home. *Diabetes*, 16, 882-885.
- Yesavage, J. & Brink, T. L. (1983). *Escala de Depresión Geriátrica*.
- Zúñiga, E. & Gomes, C. (2002). Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. En *CONAPO La situación demográfica de México 2002*. Recuperado el 15 de julio del 2003 de www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002.

Apéndices

APÉNDICE 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Atención Psicológica a Pacientes Crónico Degenerativos

Cuestionario de Salud Parte I

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Edo. Civil: _____

¿Fue a la escuela? (Si) (No) ¿A qué grado llego? _____

Ocupación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por favor marque con una "X" si presenta alguno de los siguientes síntomas.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mucha hambre | <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz |
| <input type="checkbox"/> Mucha sed | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Orina constantemente | <input type="checkbox"/> Nervios |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Visión de luces |
| especifique _____ | <input type="checkbox"/> Nauseas |
| <input type="checkbox"/> Cicatrización lenta. Es difícil que cicatricen sus heridas | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento en manos y pies | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en manos y pies | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Mal humor | <input type="checkbox"/> Sudor excesivo |
| <input type="checkbox"/> Mareos al levantarse o cambiar de posición | |

Por favor marque con una "X" la enfermedad(es) que padece o que padeció.

Diabetes

Hipertensión

Cáncer . especifique _____

Gastritis

Colitis

Enfermedad de la vista.

especifique _____

Dolor de cabeza

Enfermedad del riñón.

especifique _____

Osteoporosis

Problemas Articulares

Reumatismo

Ataques al corazón

Enfermedad del pulmón

Enfermedad del cerebro

especifique _____

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con las enfermedades que antes señaló en la parte de arriba.

3. ¿Desde cuándo presenta esta(s) enfermedad(es)?

4. ¿Le han proporcionado alguna vez información acerca de su enfermedad (es)?
(SI) (NO)

5. ¿Qué es lo que le han dicho?

6. ¿Quién o quiénes se lo han dicho?

7. ¿Qué opina sobre lo que sabe de su enfermedad?

8. ¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico?

9. Actualmente, ¿se encuentra bajo tratamiento médico?

10. ¿Desde cuando recibe el tratamiento?

11. ¿Qué medicamentos toma y cada cuándo se los toma?

12. ¿Sigue las indicaciones de su médico?

(SI) (NO)

¿por qué?

13. ¿Ha requerido alguna intervención quirúrgica?

(SI) (NO)

Motivo

14. ¿Ha requerido de hospitalización?

(SI) (NO)

Motivo

15. ¿Algún familiar padece la misma enfermedad que usted?

16. Actualmente, ¿cómo considera que es su estado de salud?

Bueno () Regular () Malo () ¿por qué? _____

II. Área económica.

17. ¿Cuenta con algún tipo de Servicio de Salud?

IMSS ISSSTE Otros ¿cuál? _____

18. Hace uso del servicio de salud (SI) (NO) ¿por qué? _____

19. ¿Está pensionado ó jubilado? (SI) (NO) \$ _____

20. ¿Alguien lo apoya económicamente en sus gastos? _____

21. El dinero que recibe, ¿le ayuda a cubrir todos sus gastos? _____

III. Área Familiar.

22. En el siguiente cuadro escriba con quién vive, contestando cada una de las preguntas

¿Qué es de usted?	¿Cuál es su edad?	¿A qué se dedica?	¿A que grado llegó en la escuela?	¿Cómo es su relación con él?		
				Buena	Regular	Mala

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Atención Psicológica a Pacientes Crónico Degenerativos

**Cuestionario de Salud
Parte II**

Nombre: _____

Marque con una "X" la respuesta, y en la línea complete su respuesta.

1. Debido a su enfermedad a tenido que cambiar:

- a. Los alimentos que consume (SI) (NO) ¿por qué? _____
- b. Sus actividades (SI) (NO) ¿por qué? _____
- c. Relaciones familiares (SI) (NO) ¿por qué? _____

2. Por favor escriba las cosas que hizo durante la semana pasada (limpieza del hogar, cuidado de nietos, salidas, etc.)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							
Noche							

Marque con una "X" la respuesta, y en la línea complete su respuesta.

3. Qué actividades realiza en su tiempo libre _____

4. a. ¿Hace ejercicio? (SI) (NO) ¿por qué no realiza ejercicio? _____

b. ¿Le gustaría practicar algún deporte? (SI) (NO)

c. ¿Estaría dispuesto a practicarlo? (SI) (NO)

En caso de realizar ejercicio:

d. ¿De qué tipo? _____

e. ¿Con qué frecuencia? _____

f. ¿Qué le atrae de ese deporte? _____

5. a. ¿Normalmente cuántas veces come al día? _____

b. Escriba en las líneas los alimentos que consume en cada comida.

Desayuno _____

Comida _____

Cena _____

c. ¿Consume alimentos entre comidas?

(SI) (NO)

d. ¿Qué tipo de alimentos consume? _____

e. ¿Tiene prohibido algún tipo de alimento(s) (por ejemplo: sal, azúcar, irritantes)?

(SI) (NO) ¿cuál(es)? _____

f. ¿Evita el consumo de los alimentos que usted señaló? (SI) (NO)

¿por qué? _____

6. Señale cuál de las siguientes cosas consume, el número de veces que las toma en una semana y que cantidad

a. Alcohol (SI) (NO) ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto? _____

b. Cigarrillos (SI) (NO) ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto? _____

c. Drogas (SI) (NO) ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto? _____

d. Café (SI) (NO) ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto? _____

e. Refresco (SI) (NO) ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto? _____

f. Té (SI) (NO) ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto? _____

APÉNDICE 2

Inventario de:

Calidad de Vida y Salud

2001

34579 - H

Inventario de Calidad de Vida y Salud

Versiones adaptadas :

Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B)

Moos, R. (1984)

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC)

Sánchez Sosa J.J. y Hernández Guzmán L. (1993)

Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL)

Vickrey, B; Hays, R; Marooni, R; Myers, L; et al. (1995)

Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97)

Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999)

Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS)

Goodwin, D; Boggs, S. y Graham-Pole, J. (1994)

Versiones adaptadas de la estandarización de:

Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocardio (MacNew QLMI)

Brotons, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2001)

Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaVIPS)

González Puente J. A. y Sánchez Sosa J.J. (2000)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Varela, R. y Villegas E. (1990)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Jurado, S; Villegas, E; Méndez L; et al. (1998)

Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)

Fernández, J; Rancano I. y Hernández R. (1999)

Fecha: _____

Nombre _____

Los siguientes frases se refieren a su salud y actividades diarias. Como puede ver hay seis cuadros después de la frase en los que deberá marcar con una "X" el número que represente mejor la frecuencia con la que le pasa eso.

Tenga en cuenta que entre mayor es el número significa que lleva a cabo esa conducta con más frecuencia; y entre menor sea, éste indicará que nunca hace eso. Encuentre el número que mejor le represente utilizando la diversidad de números.

Ejemplo:

Durante en las últimas 2 semanas...						
0. Fumo (cigarros de tabaco)	X	2	3	4	5	6

Si usted no ha fumado en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy, marcará con una "X" el número menor; esto significará que no ha fumado durante las últimas dos semanas.

Durante en las últimas 2 semanas...	Excelente					Muy mala
1. Mi salud en general es...	1	2	3	4	5	6
2. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?	1	2	3	4	5	6

Durante en las últimas 2 semanas...	Nunca				Siempre	
3. Creo que si me cuido mi salud mejorará	1	2	3	4	5	6
4. Temo que mi salud empeore pronto						
5. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5	6
6. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia y amigos	1	2	3	4	5	6
7. Mi enfermedad limita mi vida social y amistades	1	2	3	4	5	6
8. Si puedo, ayudo a otras personas	1	2	3	4	5	6
9. Me siento solo(a) aún estando en compañía de otros	1	2	3	4	5	6

Durante en las últimas **2 semanas...**

	Nunca					Siempre
10. Me incomoda el trato que me dan por mi enfermedad	1	2	3	4	5	6
11. Prefiero estar solo(a)	1	2	3	4	5	6
12. Mi familia me comprende y me apoya	1	2	3	4	5	6
13. Me preocupa que mi familia cubra los gastos de mi enfermedad	1	2	3	4	5	6
14. El trato de mi familia lastima mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
15. Mi familia me cuida demasiado	1	2	3	4	5	6
16. Mi enfermedad es una carga para mi familia	1	2	3	4	5	6
17. Tengo temor de contagiar a mis familiares	1	2	3	4	5	6
18. El amor de mi familia es lo mejor que tengo	1	2	3	4	5	6
19. Me preocupa que alguien no quiera salir conmigo por mi enfermedad	1	2	3	4	5	6
20. Desde que estoy enfermo he recibido apoyo de mi pareja	1	2	3	4	5	6
21. Siento que mi enfermedad interfiere con mi vida sexual	1	2	3	4	5	6
22. Puedo satisfacer sexualmente a mi pareja	1	2	3	4	5	6
23. Me siento satisfecho(a) con mi trabajo, escuela y/o actividades caseras	1	2	3	4	5	6
24. Temo que me despidan por mi enfermedad	1	2	3	4	5	6
25. Soy un(a) buen(a) trabajador(a)	1	2	3	4	5	6
26. Mantengo mis metas	1	2	3	4	5	6
27. Mis compañeros de trabajo me han aislado	1	2	3	4	5	6
28. Por mi enfermedad, me presionan en el trabajo	1	2	3	4	5	6
29. Pienso que mi vida cambió desde que me diagnosticaron	1	2	3	4	5	6
30. Tengo dificultades para concentrarme y pensar	1	2	3	4	5	6
31. Tengo problemas con mi memoria	1	2	3	4	5	6
32. Otros miembros de mi familia o amigos han notado que tengo problemas de memoria o de concentración	1	2	3	4	5	6
33. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes	1	2	3	4	5	6
34. Creo que nadie entiende lo que me pasa	1	2	3	4	5	6
35. Me siento confiado(a) de poder hacer frente a mi enfermedad	1	2	3	4	5	6
36. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente	1	2	3	4	5	6

Durante en las últimas **2 semanas...**

	Nunca					Siempre				
37. Me da pena que noten que estoy enfermo(a) (tomar medicina, seguir dieta, malestares físicos)	1	2	3	4	5	6				
38. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme	1	2	3	4	5	6				
39. Desde que me enfermé los problemas me preocupan más que antes	1	2	3	4	5	6				
40. Estoy satisfecho(a) con la apariencia de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6				
41. Me preocupa que mi cuerpo se vea diferente por estar enfermo(a)	1	2	3	4	5	6				
42. Divertirme me ayuda	1	2	3	4	5	6				
43. Deseo aprender cosas nuevas	1	2	3	4	5	6				
44. Saber que los demás se divierten me deprime	1	2	3	4	5	6				
45. Me siento cansado(a) al despertar	1	2	3	4	5	6				
46. Estar somnoliento(a) interfiere con mis actividades	1	2	3	4	5	6				
47. Estoy satisfecho(a) con mi dieta	1	2	3	4	5	6				
48. Disfruto la comida que antes me gustaba	1	2	3	4	5	6				
49. Me siento restringido(a) por mi peso	1	2	3	4	5	6				
50. Necesito la ayuda de los médicos que me atienden	1	2	3	4	5	6				
51. El trato que he recibido en el hospital ha lastimado mis sentimientos	1	2	3	4	5	6				
52. Estoy satisfecho(a) con la información que me ha dado el equipo médico de mi enfermedad	1	2	3	4	5	6				
53. Las cosas que me hacen para tratar mi enfermedad me duelen (procedimiento)	1	2	3	4	5	6				
54. Estoy satisfecho con mi tratamiento actual	1	2	3	4	5	6				
55. Me fastidia tomar tantas medicinas	1	2	3	4	5	6				
56. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad	1	2	3	4	5	6				
57. Me siento activo y/o lleno(a) de energía	1	2	3	4	5	6				
58. Las molestias físicas me impiden hacer mis actividades	1	2	3	4	5	6				
59. Hacer ejercicio me debilita	1	2	3	4	5	6				
60. Puedo realizar actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados	1	2	3	4	5	6				
61. Puedo realizar actividades moderadas, como mover una mesa, barrer, pasear, o flexionarme	1	2	3	4	5	6				
62. Puedo valirme por mi mismo(a) para vestirme o bañarme	1	2	3	4	5	6				

Durante en las últimas **2 semanas...**

63. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambie su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o trabajo, separación)

SI

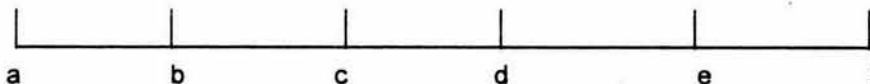
NO

64. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

SI

NO

65. Elija una letra de las siguientes figuras según la que describa mejor su calidad de vida y márquela con una "X".



a

b

c

d

e

f

La Mejor
Calidad de Vida
Posible

La Peor
Calidad de Vida
Posible

APÉNDICE 3

Fecha: _____

Nombre: _____

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con su vida y lo que hace cotidianamente, por favor marque con una "X" en el paréntesis si a usted le pasa o usted hace lo que dice la afirmación.

Por ejemplo en la siguiente afirmación:

1. ¿Tiene hijos?	<input checked="" type="checkbox"/>	(NO)
------------------	-------------------------------------	------

1. ¿Esta satisfecho con su vida?	(SI)	(NO)
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	(SI)	(NO)
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	(SI)	(NO)
4. ¿Se aburre con frecuencia?	(SI)	(NO)
5. ¿Tiene esperanzas en el futuro?	(SI)	(NO)
6. ¿Se molesta por pensamientos que no puede alejar de su mente?	(SI)	(NO)
7. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	(SI)	(NO)
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a suceder?	(SI)	(NO)
9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	(SI)	(NO)
10. ¿Se siente frecuentemente desamparado?	(SI)	(NO)
11. ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	(SI)	(NO)
12. ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	(SI)	(NO)
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	(SI)	(NO)
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	(SI)	(NO)
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	(SI)	(NO)

16. ¿Se siente desanimado y triste con frecuencia?	(SI)	(NO)
17. ¿Siente que nadie lo aprecia?	(SI)	(NO)
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	(SI)	(NO)
19. ¿Creé que la vida es muy emocionante?	(SI)	(NO)
20. ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	(SI)	(NO)
21. ¿Se siente lleno de energía?	(SI)	(NO)
22. ¿Siente que su situación es desesperante?	(SI)	(NO)
23. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	(SI)	(NO)
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	(SI)	(NO)
25. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	(SI)	(NO)
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	(SI)	(NO)
27. ¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	(SI)	(NO)
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	(SI)	(NO)
29. ¿Le es fácil tomar decisiones?	(SI)	(NO)
30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	(SI)	(NO)

APÉNDICE 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

0 Yo no me siento que esté siendo castigado

1 Siento que podría ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que he sido castigado

0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo

1 Estoy desilusionado de mí mismo

2 Estoy disgustado conmigo mismo

3 Me odio

0 Yo no me siento que sea peor que otras personas

1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores

2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas

3 Me culpo por todo lo malo que sucede

0 Yo no tengo pensamientos suicidas

1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo

2 Me gustaría suicidarme

3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

0 Yo no lloro más de lo usual

1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo

2 Actualmente lloro todo el tiempo

3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar

1 Me enoja o irrito más fácilmente que antes

2 Me siento irritado todo el tiempo

3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

0 Yo no he perdido el interés en la gente

1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar

2 He perdido en gran medida el interés en la gente

3 He perdido todo el interés en la gente

0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho

1 Pospongo tomar decisiones más que antes

2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes

3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
1 Siento que podría ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
2 Tengo que obligarme para hacer algo
3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
2 Con cualquier cosa que haga me canso
3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2 Mi apetito está muy mal ahora
3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
1 He perdido más de dos kilogramos
2 He perdido más de cinco kilogramos
3 He perdido más de ocho kilogramos
A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI _____ NO _____

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ningún otra cosa

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés por el sexo

APÉNDICE 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario (a):

Se le informa que la atención psicológica que se brinda en este Centro es proporcionada por el Convenio establecido entre la Delegación Iztapalapa y la Facultad de Psicología de la U.N.A.M, a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión, con la finalidad de fomentar la adherencia al tratamiento médico, mejorar su estado de salud y su calidad de vida. Dicha atención consta de tres fases:

1. Aplicación de un Cuestionario de Salud, para detectar a las personas que presenten diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión.
2. Evaluación a través de instrumentos psicológicos, que miden, por ejemplo, depresión, calidad de vida, entre otros.
3. Aproximadamente 11 sesiones de tratamiento grupal, programadas semanalmente, con una duración de 90 minutos cada una. En las cuales se le proporcionará información y habilidades para el cuidado de su salud.

Es necesario mencionar que se formaran dos grupos diferentes, los cuales se asignaran uno para las personas que presenten diabetes mellitus tipo 2 y el segundo para personas que presenten hipertensión.

En caso de aceptar el servicio psicológico es necesario que usted asista a todas sus sesiones puntualmente y realice las tareas que se le asignen a lo largo del tratamiento en beneficio del mismo. En caso de no poder asistir a su cita, tendrá que cancelarla con anticipación.

También es importante comunicarle que algunas de las sesiones del tratamiento pueden ser observadas y/o grabadas en audio. Estas grabaciones son empleadas por el equipo de terapeutas a fin de monitorear la efectividad y calidad

del tratamiento que recibe, por lo tanto, la información recabada durante las grabaciones serán de carácter estrictamente confidencial y ético.

Los resultados del trabajo terapéutico pueden ser parte de investigaciones y ser reportados en publicaciones, manteniendo la más estricta confidencialidad en lo que se refiere a su identidad personal. Si desea conocer los resultados obtenidos en estas investigaciones puede adquirirlas a través de su terapeuta.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del testigo

FECHA: _____

APÉNDICE 6

Cuestionario de conocimientos Diabetes Mellitus

1. ¿Qué es la diabetes mellitus?

- a. Es cuando hay mucha glucosa en las células del cuerpo.
- b. Es cuando hay mucha insulina en la sangre debido a la glucosa de los alimentos.
- c. Es la elevación crónica de la glucosa en la sangre, debido a una deficiente producción de insulina o una deficiente acción de esta hormona.
- d. Es la elevación crónica de la insulina en la sangre, debido a una deficiente alimentación.

2. ¿Cuáles son los síntomas más comunes en la diabetes?

- a. Mucha sed, mucha hambre, muchas ganas de orinar, mucho cansancio.
- b. Calambres, mucho sueño, desmayos.
- c. Dolor de estómago, mareos, debilidad.
- d. No tener hambre, dolor de cabeza, dolor de piernas.

3. ¿Cuántos tipos de diabetes hay y cuáles son?

- a. Un tipo: diabetes mellitus.
- b. Dos tipos: diabetes mellitus y diabetes simple.
- c. Dos tipos: diabetes mellitus tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2.
- d. Tres tipos: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y otros tipos específicos de diabetes.

4. ¿Cuál es el tipo de diabetes más frecuente en la edad adulta?

- a. Diabetes mellitus.
- b. Diabetes mellitus tipo 1.
- c. Diabetes simple.
- d. Diabetes mellitus tipo 2.

5. ¿Qué factores se relacionan con la aparición de la diabetes mellitus tipo 2?

- a. Antecedentes hereditarios, mala alimentación, no hacer ejercicio.
- b. Comer muchos dulces.
- c. Tener mala suerte.
- d. Nunca haber hecho ejercicio.

- 6. ¿Por qué es importante tener un control de la enfermedad?**
- Para que el paciente se cure.
 - Porque se pueden prevenir complicaciones y lograr una vida con calidad.
 - Para no dar molestias a los familiares.
 - Para que el paciente se sienta bien.
- 7. ¿Cuál es el principal objetivo del tratamiento de la diabetes?**
- Mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca de las cifras normales (70 a 120 mm/dl).
 - Bajar los niveles de glucosa.
 - No comer azúcar o dulces.
 - Que el paciente no se sienta mal.
- 8. ¿Cuáles son las principales acciones para lograr el control de la enfermedad?**
- El paciente puede seguir su vida sin cuidados especiales.
 - No comer cosas muy dulces o con mucha azúcar.
 - Tener un plan alimenticio, hacer ejercicio, tomar medicamentos adecuadamente, asistir al médico periódicamente.
 - Tomarse las medicinas
- 9. ¿Quién tiene la responsabilidad de llevar el control de la enfermedad?**
- El doctor.
 - Los familiares.
 - El paciente.
 - El doctor, los familiares y el paciente.
- 10. ¿Cuáles son las complicaciones agudas más importantes en la diabetes?**
- Pies hinchados y dolor de piernas.
 - Hiperglucemia, hipoglucemia y coma diabético.
 - Desmayos y dolor de cabeza.
 - Calambres.
- 11. ¿Cuáles son las complicaciones crónicas más comunes en la diabetes?**
- Únicamente ceguera.
 - Amputación de miembros.
 - Ataques al corazón.
 - Neuropatía diabética, retinopatía, enfermedad cardiovascular, problemas dermatológicos, enfermedades osteoarticulares, neuropatía.

Cuestionario de conocimientos Hipertensión.

1. ¿Qué es la hipertensión?

- a) Es un aumento crónico de la circulación de la sangre en la persona. Enfermedad que no presenta síntomas durante mucho tiempo.
- b) Presión ocasionada cuando late o palpita el corazón bombeando sangre a las arterias. Esta circulación hace que la sangre circule por todo el cuerpo.
- c) Disminución crónica de la circulación de la sangre en la persona. Enfermedad que presenta síntomas durante mucho tiempo.
- d) Es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión menor que la deseable para la salud.

2. ¿Cuáles son los síntomas de la hipertensión?

- a) La mayoría de las veces no se presentan síntomas marcados, sin embargo produce diversas molestias como: dolor de cabeza, zumbido en los oídos, adormecimiento de la mitad del cuerpo, visión borrosa o visión de luces y mareos.
- b) La mayoría de las veces presenta síntomas como, mareos, desmayos, náuseas, dolor estomacal.
- c) No presenta síntomas.
- d) Dolor de cabeza, dolor de estomago, dolor de huesos y somnolencia.

3. ¿Cuáles son las alteraciones o complicaciones más comunes de la hipertensión?

- a) Posibilidades de desarrollar enfermedades como arteriosclerosis, cardiopatía, posibilidades de tener un derrame cerebral.
- b) Taquicardia, ceguera, insuficiencia renal.
- c) Ninguna.
- d) Alteraciones estomacales, respiratorias y alteraciones del corazón.

4. ¿Cuáles son los factores que se relacionan con la aparición de la hipertensión?

- a) Sobrepeso, edad, raza, género, herencia, falta de ejercicio, consumo de mucha sal y grasa.
- b) Mala suerte
- c) Hacer ejercicio pesado, corajes, estar de mal humor, etc.
- d) Contagio

5. ¿Por qué es importante cuidarnos cuando tenemos hipertensión?

- a) Para mantener la tensión arterial en niveles adecuados, si está muy elevada produce complicaciones severas para la salud. Además disminuyen los incidentes cardiovasculares.
- b) Para mantener nuestra salud.
- c) Porque no nos enfermamos.
- d) Para que no haya complicaciones más graves.

6. ¿Cuáles son los valores normales o adecuados que debe tener en la tensión arterial?

- a) 130/85 –140/90.
- b) 159/104–160/114.
- c) 90/ 70 — 85/60.
- d) 180/110— 209/119.

7. ¿Qué situaciones aumentan temporalmente la tensión arterial?

- a) El esfuerzo físico, un cambio de tiempo, el frío, el traslado a un lugar de clima diferente, emociones fuertes, el dolor, el miedo.
- b) El sol.
- c) Nada.
- d) Consumo de azúcar, refresco, enojo, etc.

8. ¿Porqué es importante tomarse la tensión arterial?

- a) Para saber si esta alta y prevenir una crisis de hipertensión.
- b) Por que es bueno para mi salud.
- c) No es importante.
- d) Porque evitamos enfermarnos.

9. ¿Cómo se puede controlar la hipertensión?

- a) Seguir un plan alimenticio para consumir menos sal y bajar de peso, realizar ejercicio y tomar los medicamentos señalados por el médico.
- b) Tomándose la tensión arterial.
- c) No se controla.
- d) Tomando los medicamentos.

10. ¿Por qué es importante realizar ejercicio?

- a) Porque ayuda a fortalecer el corazón, a bajar de peso y a controlar la TA.
- b) Para sentirme mejor.
- c) Con el plan alimenticio podemos controlar los alimentos con mucha sal, ya que esta es causa de retención de líquidos y aumento de la tensión arterial.
- d) Es malo para mi salud no hacer ejercicio.

11. ¿Por qué es importante de seguir un plan alimenticio?

- a) Con el plan alimenticio podemos controlar los alimentos con mucha sal, ya que esta es causa de retención de líquidos y aumento de la tensión arterial.
- b) Es malo para mi salud no llevar uno.
- c) Porque ayuda a fortalecer el corazón, a bajar de peso y a controlar la TA.
- e) Para sentirme mejor.

APÉNDICE 7

Instrucciones para el llenado de registros

Mis compañeras les están dando unos cuadernillos que llenarán diariamente durante una semana y que se les cambiará por uno nuevo cada sesión. Observamos en la primera hoja que dice Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de atención psicológica para pacientes crónico degenerativos; en esta parte van a anotar su nombre, su sexo, su edad, su estatura, peso, diagnóstico médico, es decir, diabetes o hipertensión, y el nombre del médico con el que acuden para el tratamiento de esta enfermedad.

Ahora denle vuelta a la página, como podrán observar en la parte de arriba dice chequeo médico, a lado hay un dibujo que representa a una doctora que le esta dando instrucciones a un señor; este formato se lo van a dar su médico con el cual acuden regularmente para que él anote su cita próxima con fecha y hora de ésta, así mismo él va a anotar las observaciones a cerca de su estado de salud que presentó en esa cita. ¿Alguna duda hasta aquí?, bueno, demos la vuelta a la hoja.

La siguiente hoja nos va a servir para registrar la toma de medicamentos, para poder identificarlo, al lado hay una figura de una señora con frascos de medicamentos, ahora todas observen el pizarrón y vean que aquí hay un dibujo similar al de su registro en el cual hay diversas columnas, en la primera dice pastillas, en la segunda tiene un dibujo de un sol que representa la mañana, abajo hay un sol con una nube que significa tarde y debajo de esta hay una luna la cual significa noche; en las siguientes columnas están cada uno de los días de la semana: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo. Lo que tienen que hacer es anotar donde dice pastillas el nombre de las pastillas que toman de acuerdo al horario —en este momento se da un ejemplo con los medicamentos de alguna participante- por ejemplo usted Sra. X ¿cuáles son los medicamentos que toma?, ¿en la mañana, en la tarde o en la noche?, ¿hoy en la mañana se tomó su medicamento? —esto se hizo con la finalidad de que las pacientes identificaran en que momento del día se tenían que ingerir los medicamentos y ubicarlos en la hoja dependiendo de las imágenes que representaban el momento del día-; deben señalar si se toman su medicamento en el horario correspondiente, ya sea con una paloma, un tache, un palito, etc., si no se los toman deben dejar el recuadro en blanco, ¿alguna duda hasta aquí?, muy bien demos vuelta a la hoja para continuar.

En esta hoja registraremos los alimentos que consumimos a lo largo del día durante toda la semana, podemos identificarla por el dibujo que tiene del lado izquierdo que es un cocinero que lleva alimentos en una charola: debajo de éste hay unos dibujos como en el registro anterior donde el sol significa desayuno, las frutas representan a la colación, a la colación se le conoce como los alimentos que ingerimos entre comidas; el sol con la nube significa comida; después nuevamente nos encontramos con unas frutas que como habíamos dicho significan colación y por último, la nube significa cena. Así mismo en la parte superior del cuadro encontramos todos los días de la semana; esto quiere decir que tenemos que anotar todo lo que comamos durante todos los días de la semana; por ejemplo, si el día de hoy martes desayune yogurt con fruta voy a escribir debajo de donde dice Martes y sobre la hilera del solecito lo que desayune el

día de hoy, ¿entendieron como lo vamos a hacer?, bueno entonces alguna de ustedes explíquenme como se va a llenar esta hoja de registro. Posteriormente se dejaba que las pacientes explicaran como iban a llenar el registro para cerciorarse que las instrucciones habían sido entendidas.

Ya que practicamos como vamos a registrar nuestros alimentos vamos a ver el siguiente registro, éste es el registro de actividad física y lo vamos a poder identificar por los dibujitos que tiene en la parte superior como todas las demás hojas, esta imagen representa la practica de ejercicio. Al igual que en los dos registros anteriores el sol significa la mañana, el sol con la nube la tarde y la luna significa la noche; en cada cuadro del registro tendrán que anotar el tipo de actividad que realizaron donde hay una "D" con dos puntitos, anotarán el tiempo o la duración del ejercicio que realicen, por ejemplo si el día de ayer camine por la noche 20 minutos, anotaré en el día Lunes donde está la luna 20 minutos de caminata; esta bien, ¿alguna duda hasta aquí?.

Muy bien, vamos a ver el siguiente registro, en esta hoja vamos a hacer dos diferentes anotaciones, registrarán su nivel de glucosa y de tensión arterial si es posible todos los días. En la parte donde se encuentra el dibujo con tubitos dentro de un recipiente anotarán el nivel de glucosa que presenten ese día y en la parte donde aparece el dibujo de un baumanómetro que es el aparato con que nos toman la tensión arterial, anotarán el nivel de tensión arterial que presentaron ese día; ¿alguna duda?.

Ahora sigamos con la última hoja de nuestro cuadernillo, en esta hoja vamos a anotar la cantidad de cigarrillos que fumen al día, si es que fuman, esto lo haremos sobre la fila donde se encuentra el dibujo de unos cigarrillos; anotaremos también el número o la cantidad de bebidas alcohólicas que hayan bebido algún día de la semana, de la misma forma iremos anotando si es que se desvelan, se enojan y la cantidad de tazas de café que hayan ingerido cada uno de los días de la semana.

Muy bien, con esto terminamos la explicación del llenado del cuadernillo, si existe alguna duda o comentario háganosla saber, ya que semana con semana cada vez que vengam a las sesiones se les va hacer la entrega de uno de estos cuadernillos para su llenado; gracias por su atención señoras.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de atención psicológica para pacientes crónico degenerativos

Del _____ de _____ al _____ de _____ del 2003.

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Estatura: _____

Peso: _____

Dx. médico: _____

Nombre del médico: _____



CHEQUEO MÉDICO

Para ser llenado por el médico.




Favor de anotar el estado actual del paciente.

Por su colaboración **gracias.**

Cita		Observaciones
Fecha	Hora	



TOMA DE MEDICAMENTOS

Pastillas	Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
								
								
								



REGISTRO DE ALIMENTOS

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
							
							
							
							
							

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
							
							
							
							
							

APÉNDICE 8

Cartas descriptivas para el grupo de adultos mayores diabéticos

Objetivo general. Los adultos mayores seguirán las prescripciones médicas y adquirirán estrategias de autocuidado, con la finalidad de optimizar los resultados del tratamiento.

Instructores.

Nancy Caballero Suárez.
Leticia Gómez Montoya.
Teresa López Granillo.

Horario. :00 a :00 a.m.

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores se integraran, conocerán el objetivo general del Programa y dirán sus expectativas.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
4 min.	Presentación del grupo.	Exposición	Presentación de los instructores y del Programa de tratamiento.	Escuchar.	
2 min.	Recoger tareas.		Solicitar la entrega de registros.	Entregar registros.	
3 min.	Explicar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo, aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	
15 min.	Elegir un nombre para el grupo.	Lluvia de ideas	Preguntar a los adultos mayores como les gustaría nombrar al grupo. Anotar ideas u opiniones. Motivar a que expresen más nombres. Escoger uno por votación	Expresar algunos nombres, votar y seleccionar un nombre.	Rotafolio y plumones

30 min.	Dinámica para la integración del grupo.	Telaraña	Explicar en que consiste la dinámica y comenzarla dando un ejemplo. Dar la palabra (ver Apéndice 9). Entregar a cada adulto mayor el cuestionario de conocimientos, dar las instrucciones para contestarlo, aclarar dudas. Ayudar a contestar a las personas que se les dificulte leer y escribir.	Cada uno de los adultos mayores se presentará según las instrucciones dadas por el instructor.	Madeja de estambre, gafetes y plumones
15 min.	Aplicación del Cuestionario de conocimientos.			Contestar el Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad.	Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad, lápices
15 min.	Medición de la tensión arterial, el nivel de glucosa y el peso de los adultos mayores.				Baumanómetro, estetoscopio, glucómetro y báscula de baño doméstica
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.		

SESIÓN 2: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO DE LA SESIÓN : Los adultos mayores conocerán la importancia de la educación para la salud, se informarán de qué es la diabetes mellitus tipo 2, sus causas y sus síntomas.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
10 min.	Bienvenida, presentación e integración de nuevos integrantes.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores, y solicitar a los nuevos integrantes que se presenten.</p> <p>Solicitar la entrega de registros.</p>	Presentarse.	Gafetes
3 min.	Recoger tareas.		Solicitar la entrega de registros.	Entregar registros.	
3 min.	Explicar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo, aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	
15 min.	Identificar creencias de la enfermedad.	Lluvia de ideas	<p>Solicitar a los adultos mayores sus ideas u opiniones sobre su enfermedad.</p> <p>Anotar las creencias en el rota folio.</p> <p>Motivar a que expresen más creencias.</p> <p>Organizar las creencias y realizar una conclusión.</p>	Expresar sus ideas, opiniones y creencias sobre su enfermedad.	Rotafolio y plumones
13 min.	Comprender la importancia de la educación para la salud.	Exposición	Retomar las creencias y la conclusión sobre éstas para explicar el porque es importante tener de la enfermedad.	Los participantes entenderán y expresarán la importancia de la educación para la salud.	

30 min.	<p>Presentación de la información de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Definición de diabetes b) Función del cuerpo sin diabetes c) Función del cuerpo con diabetes d) Síntomas e) Tipos de diabetes f) Causas 	Exposición Interrogativa	<p>Brindar la información mediante el material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Definición de diabetes b) Función del cuerpo sin diabetes c) Función del cuerpo con diabetes d) Síntomas e) Tipos de Diabetes f) Causas 	<p>Escuchar, formular preguntas, aclaraciones, experiencias.</p> <p>formular dudas, compartir</p>	Figuras de papel, rota folio, imágenes
10 min.	<p>Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.</p>	Interrogativa	<p>Formular preguntas: en qué les sirvió, para qué les puede servir cómo se sienten qué piensan sobre las creencias. y proporcionar un resumen Retomar las creencias y concluir.</p>	<p>Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten qué piensan sobre las creencias y concluir.</p>	
6 min.	<p>Cierre de la sesión.</p>	Exposición	<p>Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 1 del Apéndice 10).</p>		

SESIÓN 3: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores se informarán acerca de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo y factores protectores.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara.</p> <p>Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y proporcionar un resumen.</p> <p>Plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión	Escuchar y exponer dudas.	
30 min.	Brindar información sobre complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo y factores protectores.	Exposición	Brindar la información mediante el material didáctico.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes

15 min.	Señalar la importancia de la comunicación médico-paciente.	Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, rol playing	Explicar la importancia de la comunicación médico-paciente. Simular una situación de comunicación deficiente. Simular una situación de comunicación adecuada. Concluir.	Escuchar y observar atentamente. Compartir experiencias e identificar cuál es su estilo de comunicación.	
18 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa	Formular preguntas y resumir. Invitar a los adultos mayores a que compartan la información con sus familiares más cercanos. Aplicar cuestionario de conocimientos	Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir. Responder el cuestionario de conocimientos.	Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad, lápices.
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folletos 2a y 2b del Apéndice 10).		

SESIÓN 4: TOMA DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores desarrollarán una estrategia para tomar adecuadamente sus medicamentos.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Aclarar dudas sobre información que no quedó clara.</p> <p>Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y proporcionar un resumen.</p> <p>Plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
20 min.	Informar acerca de la importancia de tomar adecuadamente sus medicamentos, su función, efectos colaterales y consecuencias del consumo inadecuado de estos.	Exposición	<p>Explicar la función que tienen los medicamentos, consecuencias de tomarlos inadecuadamente y no tomarlos, efectos colaterales.</p>	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes

20 min.	Brindar estrategias para el consumo adecuado de medicamentos.	Exposición Solución de problemas	Por medio de la técnica de solución de problemas se generarán alternativas para la toma adecuada de medicamentos.	Elegir la opción más viable para que tomen sus medicamentos.	Rotafolio, plumones, pastilleros, post-it
15 min.	Señalar la importancia de la comunicación médico-paciente al pedir información sobre los medicamentos.	Exposición Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, rol playing	Dar instrucciones para que los adultos mayores ensayen cómo pedir información sobre medicamentos a su médico. Concluir.	Compartir experiencias. Realizar un rol playing en parejas.	
8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa	Formular preguntas y resumir Invitar a los adultos mayores a que compartan la información con sus familiares más cercanos.	Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 3 del Apéndice 10).		

SESIÓN 5: PLAN ALIMENTICIO

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores mejorarán su alimentación mediante la disminución del consumo de alimentos que no son recomendables para su salud.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara.</p> <p>Invitar a los adultos mayores a que compartan la información con sus familiares cercanos y solicitar un comentario de cómo les ha ido.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
20 min.	Señalar la importancia de conocer los grupos alimenticios, identificando cuáles son los que pueden consumir y las consecuencias del consumo de los alimentos no permitidos.	Exposición	Explicar la pirámide de alimentos para que los adultos mayores identifiquen el grupo de alimentos que debe de ingerir y cuál no.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Pirámide de cartón, imágenes de alimentos y rotafolio.

20 min.	Brindar estrategias para evitar el consumo de alimentos no permitidos.	Exposición Solución de problemas	Por medio de la técnica de solución de problemas se generarán alternativas para no consumir alimentos no permitidos.	Elegir la opción más viable para no consumir alimentos no permitidos.	Rotafolio y plumones
15 min.	Señalar la importancia de la comunicación paciente-familiar para solicitar apoyo y se facilite el consumo de alimentos adecuados.	Exposición Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, rol playing	Simular una situación en la que los adultos mayores soliciten ayuda a sus familiares o amigos, para consumir alimentos adecuados (fiesta). Concluir.	Observar y escuchar atentamente. Compartir experiencias.	
8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa	Formular preguntas y resumir. Explorar como los adultos mayores han compartido la información con sus familiares más cercanos.	Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 4 del Apéndice 10).		

SESIÓN 6: PLAN ALIMENTICIO

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores mejorarán su alimentación mediante la elaboración de un plan de alimentación.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara.</p> <p>Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión	Escuchar y exponer dudas	
20 min.	Proporcionar información de equivalentes (ver Apéndice 11).	Exposición	Explicar qué es un equivalente y cómo se maneja el sistema de equivalentes.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes
20 min.	Elaboración de un plan alimenticio.	Exposición	Brindar instrucciones de cómo debe organizarse un plan alimenticio, retomando los registros de alimentos.	Con los conocimientos adquiridos los adultos mayores diseñarán su plan alimenticio.	Hoja de plan alimenticio (ver Apéndice 12)

15 min.	Proporcionar un recetario.		Proporcionar opciones de menús para facilitar el seguimiento del plan alimenticio. Hacer preguntas y dar un resumen. Explorar como los adultos mayores han compartido la información con sus familiares más cercanos. Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.	Brindar comentarios opiniones a cerca de los menús.	Recetario (ver Apéndice 13)
8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa		Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición			

SESIÓN 7: RELAJACIÓN

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores aprenderán a relajarse mediante la técnica de respiración profunda.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara. Concluir.	Responder a las preguntas y dar un resumen. Plantear dudas. Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria (ver Apéndice 14).
35 min.	Entrenamiento en respiración profunda.	Exposición Entrenamiento en relajación: respiración profunda	Proporcionar información sobre respiración diafragmática. Dar instrucciones para llevar a cabo la respiración profunda (ver Apéndice 15).	Seguir las instrucciones.	Colchonetas, Cronómetro.

10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, Cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
8 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores	Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Concluir.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás.	
6 min.	Cierre de la sesión	Exposición	Aclarar dudas y dar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.		

SESIÓN 8: RELAJACIÓN. ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Los adultos mayores aprenderán a mantenerse relajados mediante la técnica de respiración profunda en diferentes situaciones.
Los adultos mayores conocerán la importancia de realizar actividad física, así como el tipo de actividad física recomendable para ellos.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
25 min.	Ejercicio en respiración profunda.	Entrenamiento en relajación: respiración profunda	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Dar instrucciones para llevar a cabo la respiración profunda.	Harán un resumen de la sesión anterior. Seguir las instrucciones.	Colchonetas, Cronómetro.
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.

8 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores.	Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Señalar que pueden utilizar la técnica de relajación cuando se encuentren en una situación estresante. Concluir.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás.	
10 min.	Proporcionar información acerca de la importancia de realizar ejercicio y cuidados básicos durante el ejercicio.	Exposición	Brindar información acerca de la importancia del ejercicio, que tipo de ejercicio es el adecuado para los adultos mayores, así como el tiempo que deben de invertir en éste. Señalar los cuidados básicos durante el ejercicio. Comparar las actividades físicas que realizan con la que es recomendable, retomar los registros. Preguntar que ejercicio les gusta más y cuál están dispuestos a practicar.	Escuchar con atención.	Imágenes
8 min.	Discutir el tipo de ejercicio más adecuado para cada uno de los adultos mayores.	Interrogativo		Decidir el tipo de ejercicio y su duración.	Registros de actividad física anteriores
7 min.	Planear el horario y el ejercicio a realizar.	Interrogativo Planeación de actividades	Preguntar los horarios disponibles para realizar ejercicios.	Planear en sus actividades semanales el tiempo que van a invertir en hacer ejercicio. Señalar en su registro el horario y duración de la actividad.	Colores Hoja de registro de actividad física
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 5 del Apéndice 10).		

SESIÓN 9: RELAJACIÓN. HIGIENE

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Los adultos mayores aprenderán a mantenerse relajados mediante la técnica de respiración profunda en diferentes situaciones.

Los adultos mayores aprenderán la importancia de tener una buena higiene para el cuidado de su salud.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p> <p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Preguntar si utilizaron la respiración profunda en alguna situación.</p> <p>Explorar cómo le han proporcionado a sus familiares la información que han obtenido del grupo.</p> <p>Concluir</p>	Entregar registros.	Gafetes
8 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa		<p>Responder a las preguntas y resumir.</p> <p>Plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
2 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
8 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
15 min.	Ejercicio en respiración profunda.	Entrenamiento en relajación: respiración profunda	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.	Harán un resumen de la sesión anterior. Seguir las instrucciones.	Colchonetas, Cronómetro.

				a cabo la respiración profunda.			
8 min.	Registro de indicadores fisiológicos.			Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.			Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
5 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores.		Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Señalar que pueden utilizar la técnica de relajación cuando se encuentren en una situación estresante. Concluir.		Compartir experiencias y escuchar las de los demás.	
30 min.	Proporcionar información acerca de la importancia de tener una higiene adecuada para el cuidado de la salud.		Exposición	Brindar información a los adultos mayores sobre la importancia que tiene el cuidado de la vista, piel, pies y uñas.		Escuchar y exponer dudas.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes
8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.		Preguntas	Formular preguntas y resumir. Explorar como los adultos mayores han compartido la información con sus familiares más cercanos.		Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión.		Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Solicitar material para la siguiente sesión (cortaúñas, espejo, piedra pómez, una bandeja donde quepa su pie, lima de uñas). Entregar tríptico informativo (ver folleto 6a del Apéndice 10).			

SESIÓN 10: HIGIENE

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores aprenderán la importancia de tener una buena higiene para el cuidado de su salud. Aprenderán y practicarán formas de higiene para pies, uñas y piel.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Explorar cómo le han proporcionado a sus familiares la información que han obtenido del grupo.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y resumir.</p> <p>Plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
55 min.	Entrenar en técnicas de higiene para el autocuidado.	Entrenamiento para el autocuidado: simulación	<p>Aplicar las técnicas para el cuidado de la piel, pies y uñas.</p> <p>Recomendar la utilización de estas técnicas periódicamente, así como el pedir apoyo a sus familiares para realizarlas.</p>	Escuchar, practicar y exponer dudas.	Cortaúñas, espejo, piedra pómez, una bandeja donde quepa su pie, lima de uñas, crema.

8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información y explorará si les agrada el entrenamiento en estas técnicas.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y resumir.</p> <p>Explorar como los adultos mayores compartirán la información con sus familiares más cercanos.</p> <p>Explorar si consideran útiles el uso de estas técnicas.</p>	<p>Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.</p>	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	<p>Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros.</p> <p>Asignar tareas.</p> <p>Entregar tríptico informativo (ver folleto 6b del Apéndice 10).</p> <p>Invitar a los adultos mayores al cierre del programa para el cual tendrán que traer un platillo del recetario.</p>		

SESIÓN 11: CIERRE DEL PROGRAMA.

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Reafirmar conocimientos y habilidades adquiridas.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros	Gafetes
30 min.	Identificar beneficios obtenidos con lo aprendido en el Programa, mediante una dinámica.	Telaraña	<p>Explicar en que consiste la dinámica y comenzarla dando un ejemplo. Dar la palabra (ver Apéndice 9). Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y resumir. Plantear dudas. Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	<p>Madeja de estambre. Rotafolios.</p>
15 min.	Aplicar el Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad.		<p>Dar instrucciones para que contesten el cuestionario. Contestar el cuestionario de las personas que no puedan hacerlo solos. Aclarar dudas.</p>	Contestar el cuestionario.	Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad, lápices
3 min.	Presentar objetivo de la celebración.	Exposición	<p>Exponer el objetivo de la celebración: "Puedo divertirme cuidando mi salud"</p>	Escuchar y exponer dudas Comentario del objetivo de la celebración.	
55 min.	Celebración	Ensayo conductual.	<p>Agradecer la participación activa de los adultos mayores. Mencionarles que la próxima sesión será la aplicación de cuestionarios.</p>		Platillos, música, bebidas, globos.
6 min.	Cierre de la sesión	Exposición		Escuchar atentamente.	

Cartas descriptivas para el grupo de adultos mayores hipertensos

Objetivo General. Los adultos mayores seguirán las prescripciones médicas y adquirirán estrategias de auto cuidado, con la finalidad de optimizar los resultados del tratamiento.

Instructores.

Nancy Caballero Suárez
Leticia Gómez Montoya
Teresa López Granillo

Horario. :00 a :00 a.m.

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores se integraran, conocerán el objetivo general del Programa y dirán sus expectativas.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
4 min.	Presentación del grupo.	Exposición	Presentación de los instructores y del Programa de tratamiento.	Escuchar.	
2 min.	Recoger tareas.		Solicitar la entrega de registros.	Entregar registros.	
3 min.	Explicar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo, aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	
15 min.	Elegir un nombre para el grupo.	Lluvia de ideas	Preguntar a los adultos mayores como les gustaría nombrar al grupo. Anotar ideas u opiniones. Motivar a que expresen más nombres. Escoger uno por votación	Expresar algunos nombres, votar y seleccionar un nombre.	Rotafolio y plumones

30 min.	Dinámica para la integración del grupo.	Telaraña	Explicar en que consiste la dinámica y comenzarla dando un ejemplo. Dar la palabra (ver Apéndice 9). Entregar a cada adulto mayor el cuestionario de conocimientos, dar las instrucciones para contestarlo, aclarar dudas. Ayudar a contestar a las personas que se les dificulte leer y escribir.	Cada uno de los adultos mayores se presentará según las instrucciones dadas por el instructor.	Madeja de estambre, gafetes y plumones
15 min.	Aplicación del Cuestionario de conocimientos.			Contestar el Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad.	Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad, lápices
15 min.	Medición de la tensión arterial y el peso de los adultos mayores.				Baumanómetro, estetoscopio y báscula de baño doméstica
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.		

SESIÓN 2: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores conocerán la importancia de la educación para la salud, se informarán de que es la hipertensión, sus causas y sus síntomas.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
10 min.	Bienvenida, presentación e integración de nuevos integrantes.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores, y solicitar a los nuevos integrantes que se presenten. Proporcionar gafetes.	Escuchar	
2 min.	Recoger tareas.		Solicitar la entrega de registros.	Entregar registros	
3 min.	Explicar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo, aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas	
15 min.	Identificar creencias de la enfermedad.	Lluvia de ideas	Solicitar a los adultos mayores sus ideas u opiniones sobre su enfermedad. Anotar las creencias en el rotafolio. Motivar a que expresen más creencias. Organizar las creencias y hacer una pequeña conclusión. Retomar las creencias y la conclusión sobre éstas para explicar el porque es importante tener conocimiento de la enfermedad.	Expresar sus ideas, opiniones y creencias sobre su enfermedad.	Rotafolio y plumones
5 min.	Comprender la importancia de la educación para la salud.	Exposición		Los participantes entenderán y expresarán la importancia de la educación para la salud.	
30 min.	Presentación de la Información de la hipertensión: a) Definición de hipertensión	Exposición Interrogativa	Entregar la información mediante el material didáctico	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes

	<p>b) Función del cuerpo sin y con hipertensión</p> <p>c) Síntomas</p> <p>d) Clasificación de la hipertensión</p> <p>e) Causas</p>		<p>a) Definición de hipertensión</p> <p>b) Función del cuerpo sin y con hipertensión</p> <p>c) Síntomas</p> <p>d) Clasificación de la hipertensión</p> <p>e) Causas</p>		
10 min.	<p>Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.</p>	Interrogativa	<p>Formular preguntas: en qué les sirvió, en qué les puede servir cómo se sienten qué piensan sobre las creencias, y proporcionar un resumen Retomar las creencias y concluir.</p>	<p>Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten qué piensan sobre las creencias y concluir.</p>	
6 min.	<p>Cierre de la sesión.</p>	Exposición	<p>Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 7 del Apéndice 10).</p>		

SESIÓN 3: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores se informarán acerca de las complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión, factores de riesgo y factores protectores.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolección de registros.		<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus registros.</p> <p>Proporcionar los gafetes.</p>	<p>Entregar registros.</p>	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara.</p> <p>Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Responder a las preguntas y proporcionar un resumen.</p> <p>Plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
30 min.	Brindar información sobre complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión, factores de riesgo y factores protectores.	Exposición	Brindar la información mediante el material didáctico.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes
15 min.	Señalar la importancia de la comunicación médico-paciente.	Exposición Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, rol playing	<p>Explicar la importancia de la comunicación médico-paciente.</p> <p>Simular una situación de deficiente comunicación.</p> <p>Simular una situación de comunicación adecuada.</p> <p>Concluir.</p>	<p>Escuchar y observar atentamente.</p> <p>Compartir experiencias e identificar cual es su estilo de comunicación.</p>	

18 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y resumir.</p> <p>Invitar a los adultos mayores a que compartan la información con sus familiares más cercanos.</p> <p>Aplicar cuestionario de conocimientos y ayudar a contestar a las personas que se les dificulte leer o escribir.</p> <p>Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.</p> <p>Entregar tríptico informativo (ver folletos 8a y 8b del Apéndice 10).</p>	<p>Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.</p> <p>Responder el cuestionario de conocimientos.</p>	Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad y lápices
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición			

SESIÓN 4: TOMA DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores desarrollarán una estrategia para tomar adecuadamente sus medicamentos.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara. Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos. Concluir	Responder a las preguntas y proporcionar un resumen. Plantear dudas. Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión	Escuchar y exponer dudas.	
20 min.	Informar acerca de la importancia de tomar adecuadamente sus medicamentos, su función, efectos colaterales y consecuencias del consumo inadecuado de estos.	Exposición	Explicar la función que tienen los medicamentos, consecuencias de tomarlos inadecuadamente y no tomarlos, efectos colaterales.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes
20 min.	Brindar estrategias para el consumo adecuado de medicamentos	Exposición Solución de problemas	Por medio de la técnica de solución de problemas se generaran alternativas para la toma adecuada de medicamentos.	Elegir la opción más viable para que tomen sus medicamentos.	Rotafolio, plumones, pastilleros, post-it

15 min.	Señalar la importancia de la comunicación médico-paciente al pedir información sobre los medicamentos.	Exposición Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, rol playing	Dar instrucciones para que los adultos mayores ensayen cómo pedir información sobre medicamentos a su médico. Concluir. Formular preguntas y resumir. Invitar a los adultos mayores a que compartan la información con sus familiares más cercanos.	Compartir experiencias. Realizar un rol playing en parejas.	
8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa	Aclarar dudas y dar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico Informativo (ver folleto 9 del Apéndice 10).	Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición			

SESIÓN 5: PLAN ALIMENTICIO

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores mejorarán su alimentación mediante la disminución del consumo de alimentos que no son recomendables para su salud.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara. Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos. Concluir.	Responder a las preguntas y proporcionar un resumen. Plantear dudas. Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión	Escuchar y exponer dudas.	
20 min.	Señalar la importancia de conocer los grupos alimenticios, identificando cuales son los que pueden consumir y las consecuencias del consumo de los alimentos no permitidos.	Exposición	Explicar la pirámide de alimentos para que los adultos mayores identifiquen el grupo de alimentos que debe de ingerir y cuál no.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Pirámide de cartón, imágenes de alimentos rotafolio
20 min.	Brindar estrategias para evitar el consumo de alimentos no permitidos.	Exposición	Por medio de la técnica de solución de problemas se generaran alternativas para no consumir alimentos no permitidos.	Elegir la opción más viable para no consumir alimentos no permitidos.	Rotafolio y plumones

15 min.	Señalar la importancia de la comunicación paciente-familiar para solicitar apoyo y se facilite el consumo de alimentos adecuados.	Exposición Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, rol playing	Simular una situación en la que los adultos mayores soliciten ayuda a sus familiares o amigos, para consumir alimentos adecuados (fiesta). Concluir. Formular preguntas y resumir. Explorar como los adultos mayores han compartido la información con sus familiares más cercanos. Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 10 del Apéndice 10).	Observar y escuchar atentamente. Compartir experiencias.	
8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa		Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión	Exposición			

SESIÓN 6: PLAN ALIMENTICIO

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores mejorarán su alimentación mediante la elaboración de un plan de alimentación.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara. Invitar a los adultos mayores que compartan la información con sus familiares cercanos. Concluir	Responder a las preguntas y proporcionar un resumen. Plantear dudas Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión	Escuchar y exponer dudas	
20 min.	Proporcionar información de equivalentes (ver Apéndice 11).	Exposición	Explicar qué es un equivalente y cómo se maneja el sistema de equivalentes.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones, compartir experiencias.	Figuras de papel, rotafolio, imágenes
20 min.	Elaboración de un plan alimenticio.	Exposición	Brindar instrucciones de cómo debe organizarse un plan alimenticio, retomando los registros de alimentos.	Con los conocimientos adquiridos los adultos mayores diseñarán su plan alimenticio.	Hoja de plan alimenticio (ver Apéndice 12) y lápices
15 min.	Proporcionar un recetario.		Proporcionar opciones de menús para facilitar el seguimiento del plan alimenticio.	Brindar comentarios y opiniones a cerca de los menús.	Recetario (ver Apéndice 13)

8 min.	Verificar que los adultos mayores hayan comprendido la información.	Interrogativa	Formular preguntas y resumir. Explorar cómo los adultos mayores han compartido la información con sus familiares más cercanos. Aclarar dudas y proporcionar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.	Responder en qué les sirvió, en qué les puede servir, cómo se sienten y concluir.	
6 min.	Cierre de la sesión	Exposición			

SESIÓN 7: RELAJACIÓN

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores aprenderán a relajarse mediante la técnica de respiración profunda.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	<p>Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas.</p> <p>Proporcionar gafetes.</p>	Entregar registros.	Gafetes
15 min.	Revisión de la sesión anterior.	Interrogativa	<p>Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior.</p> <p>Aclarar dudas sobre información que no les quedó clara.</p> <p>Concluir.</p> <p>Exponer el objetivo de la sesión.</p>	<p>Responder a las preguntas y proporcionar un resumen.</p> <p>Plantear dudas.</p> <p>Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.</p>	Rotafolios
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	<p>Termómetros,</p> <p>cronómetro.</p> <p>Hoja de registro de temperatura (ver Apéndice 14).</p>
35 min.	Entrenamiento en respiración profunda.	Exposición Entrenamiento en relajación: respiración profunda	<p>Proporcionar información sobre respiración diafragmática.</p> <p>Dar instrucciones para llevar a cabo la respiración profunda (ver Apéndice 15).</p>	Seguir las instrucciones.	Colchonetas, Cronómetro.
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	<p>Termómetros,</p> <p>Cronómetro.</p> <p>Hoja de registro de temperatura.</p>

8 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores.	Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Concluir.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.		

SESIÓN 8: RELAJACIÓN. ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Los adultos mayores aprenderán a mantenerse relajados mediante la técnica de respiración profunda en diferentes situaciones.
 Los adultos mayores conocerán la importancia de realizar actividad física, así como el tipo de actividad física recomendable para ellos.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
25 min.	Ejercicio en respiración profunda.	Entrenamiento en relajación: respiración profunda	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Dar instrucciones para llevar a cabo la respiración profunda.	Harán un resumen de la sesión anterior. Seguir las instrucciones.	Colchonetas, Cronómetro.
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.

8 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores.	Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Señalar que pueden utilizar la técnica de relajación cuando se encuentren en una situación estresante. Concluir.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás.	
10 min.	Proporcionar información acerca de la importancia de realizar ejercicio y cuidados básicos durante el ejercicio.	Exposición	Brindar información acerca de la importancia del ejercicio, que tipo de ejercicio es el adecuado para los adultos mayores, así como el tiempo que deben de invertir en éste. Señalar los cuidados básicos durante el ejercicio. Comparar las actividades físicas que realizan con la que es recomendable, retomar los registros. Preguntar que ejercicio les gusta más y cuál están dispuestos a practicar.	Escuchar con atención.	Imágenes
8 min.	Discutir el tipo de ejercicio más adecuado para cada uno de los adultos mayores.	Interrogativa		Decidir el tipo de ejercicio y su duración.	Registro de actividad semanal anteriores
7 min.	Planear el horario y el ejercicio a realizar.	Interrogativa Planeación de actividades	Preguntar los horarios disponibles para realizar ejercicios.	Planear en sus actividades semanales el tiempo que van a invertir en hacer ejercicio. Señalar en su registro el horario y duración de la actividad.	Colores Hoja de registro de actividad física
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas. Entregar tríptico informativo (ver folleto 5 del Apéndice 10).		

SESIÓN 9: RELAJACIÓN. CONTROL EMOCIONAL

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores aprenderán a mantenerse relajados mediante la técnica de respiración profunda en diferentes situaciones.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
3 min.	Presentar objetivo de la sesión	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión.	Escuchar y exponer dudas.	
25 min.	Identificar situaciones que alteren su estado emocional:	Interrogativa	Preguntar qué situaciones les producen tristeza, enojo, ansiedad, coraje, miedo, etc. Alternativas para manejar estas situaciones.	Compartir experiencias.	Rotafolio
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones.	Termómetros, cronómetro, hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria
25 min.	Ejercicio en respiración profunda	Interrogativa Entrenamiento en relajación: respiración profunda	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Dar instrucciones para llevar a cabo la respiración profunda.	Hacer un resumen de la sesión anterior. Seguir las instrucciones.	Colchonetas, Cronómetro

10 min.	Registro de indicadores fisiológicos		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones	Termómetros, Cronómetro, hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria
8 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores.	Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Señalar que pueden utilizar la técnica de relajación cuando se encuentren en una situación estresante. Concluir.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y proporcionar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.		

Sesión 10: RELAJACIÓN. CONTROL EMOCIONAL

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Los adultos mayores aprenderán a mantenerse relajados mediante la técnica de respiración profunda en diferentes situaciones.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
3 min.	Presentar objetivo de la sesión.	Exposición	Exponer el objetivo de la sesión	Escuchar y exponer dudas.	
25 min.	Explorar si los adultos mayores aplicaron la relajación para controlar sus emociones.	Interrogativa	Identificar si hicieron uso adecuado de la relajación bajo situaciones que les producen estados emocionales negativos. Preguntar cómo se sintieron y si les funcionó.	Compartir experiencias y contestar las preguntas.	
10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
25 min.	Ejercicio en respiración profunda.	Interrogativa Entrenamiento en respiración profunda	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de la sesión anterior. Dar instrucciones para llevar a cabo la respiración profunda.	Harán un resumen de la sesión anterior. Seguir las instrucciones	Colchonetas, Cronómetro.

10 min.	Registro de indicadores fisiológicos.		Registrar temperatura periférica y frecuencia respiratoria.	Seguir indicaciones	Termómetros, cronómetro. Hoja de registro de temperatura y frecuencia respiratoria.
8 min.	Obtener reporte verbal de los adultos mayores.	Interrogativa	Preguntar a cada uno de los participantes cómo se sienten después de la relajación. Señalar que pueden utilizar la técnica de relajación cuando se encuentren en una situación estresante. Concluir.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás. Sugerir situaciones en que la pueden utilizar.	
6 min.	Cierre de la sesión.	Exposición	Aclarar dudas y otorgar retroalimentación de los registros. Asignar tareas.		

SESIÓN 11: CIERRE DE PROGRAMA.

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Reafirmar conocimientos y habilidades adquiridas.

DURACIÓN	ACTIVIDAD	TÉCNICA DIDÁCTICA	ACTIVIDADES PRINCIPALES		MATERIALES
			INSTRUCTOR	PARTICIPANTES	
3 min.	Bienvenida y recolecta de registros.	Exposición	Dar la bienvenida a los adultos mayores y solicitar sus tareas. Proporcionar gafetes.	Entregar registros.	Gafetes
30 min.	Identificar beneficios obtenidos con lo aprendido en el programa.	Interrogativa	Formular preguntas y solicitar a los adultos mayores un resumen de lo visto durante el programa de tratamiento. Preguntar qué han aprendido y si consideran si les ha servido para mejorar su salud. Qué beneficios han obtenido al compartir la información y pedir apoyo a sus familiares. Concluir.	Responder a las preguntas y dar un resumen. Plantear dudas. Comentar experiencias en lo que les pudo servir o hizo sentir la información brindada en la sesión anterior.	Rotafolios
15 min.	Aplicar el Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad.		Proporcionar instrucciones para que respondan el cuestionario. Auxiliar a las personas que no puedan hacerlo solos. Aclarar dudas.	Contestar el cuestionario.	Cuestionario de conocimientos acerca de la enfermedad, lápices.
3 min.	Presentar objetivo de la celebración.	Exposición	Exponer el objetivo de la celebración: "Puedo divertirme cuidando mi salud"	Escuchar y exponer dudas Comentario del objetivo de la celebración.	

55 min.	Celebración	Ensayo conductual			Platillos, música, bebidas, globos
6 min.	Cierre de la sesión	Exposición	Agradecer la participación activa de los adultos mayores. Mencionarles que la próxima sesión será la aplicación de cuestionarios.	Escuchar atentamente.	

APÉNDICE 9

La telaraña (sesión 1)

Objetivo: Presentación e integración.

Materiales: Una madeja de estambre, gafetes, plumones.

Desarrollo: Los participantes se sientan para formar un círculo. El instructor toma la madeja de estambre y se presenta: dice su nombre, su edad, a qué se dedica y sus pasatiempos; luego, éste toma la punta de la madeja y lanza la bola a un participante quien a su vez debe presentarse de la misma forma. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.

Una vez que todos se han presentado, se hacen gafetes con los nombres de los participantes y quien se quedó con la madeja debe decir cuáles son sus expectativas y regresarla al que se la envió, éste a su vez, hace lo mismo de tal forma que la madeja recorre la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresa al participante que inicialmente la lanzó.

La telaraña (sesión 11)

Objetivo: Identificar beneficios obtenidos con lo aprendido en el Programa.

Materiales: Una madeja de estambre, rotafolio, plumones.

Desarrollo: Los participantes se sientan para formar un círculo. El instructor toma la madeja de estambre y se contesta las preguntas que están en el rotafolio: ¿se cumplieron mis expectativas?, ¿qué aprendí?, luego, éste toma la punta de la madeja y lanza la bola a un participante quien a su vez debe contestar de la misma forma. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.

Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la madeja debe de contestar: ¿cómo puedo aplicar lo que aprendí para mejorar mi salud?, ¿cómo puedo mantener los cambios?, y regresarla al que se la envió, éste a su vez, hace lo mismo de tal forma que la madeja va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresa al participante que inicialmente la lanzó.

Apéndice 10

¿EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE DIABETES?

Los tipos más comunes son la Diabetes Tipo 1 y la Diabetes Tipo 2

Diabetes Tipo 1, es más frecuente en los niños o adolescentes, su aparición se relaciona con factores hereditarios. Aparece debido a un defecto de las células pancreáticas que les impide la adecuada producción de insulina; por lo tanto, las personas que padecen este tipo de Diabetes necesitan inyecciones diarias de insulina.

Diabetes Tipo 2, es la forma más frecuente de Diabetes, aparece en la edad adulta y su origen no se conoce con exactitud. Frecuentemente se le relaciona con antecedentes hereditarios, obesidad, sedentarismo y mala alimentación.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DIABETES?

Las personas con familiares diabéticos tienen mayor probabilidad de padecer diabetes que aquellas que no lo tienen; sin embargo, no es la herencia la única causa que da origen al padecimiento.

Las personas que padecen diabetes, además de tener antecedentes familiares, generalmente están mal alimentadas y son sedentarias (no hacen ejercicio), sobre todo en las grandes ciudades, donde además viven bajo tensión emocional.

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09

¿QUÉ ES LA DIABETES?

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención psicológica a adultos mayores con alguna enfermedad crónica degenerativa

Folleto informativo No. 1

¿QUÉ ES LA DIABETES?

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que se caracteriza por la elevación anormal del nivel de azúcar en la sangre, debido a una deficiente producción de insulina o a una deficiente acción de esta hormona.

La insulina se produce en una glándula llamada páncreas, la cual se encuentra situada detrás del estómago y es el órgano que se encarga principalmente de la digestión de los alimentos.

La insulina entra al torrente sanguíneo y actúa como una llave que abre los receptores para que la glucosa pueda entrar a las células, donde se transforma (metaboliza) para darle energía al cuerpo.

CUANDO TENEMOS DIABETES, ¿QUÉ PASA CON NUESTRO CUERPO?

La Diabetes dificulta al cuerpo la tarea de obtener energía de los alimentos, por eso la diabetes puede hacerle sentir cansado y con poca fuerza.

Cuando se tiene Diabetes la glucosa no puede entrar en las células porque:

- 1) Tal vez no haya suficiente insulina.
- 2) Tal vez haya insulina, pero no puede abrir los receptores, o
- 3) Tal vez haya muy pocos receptores como para permitir el paso de toda la glucosa.

Entonces, la mayor parte de la glucosa se queda en el torrente sanguíneo produciendo hiperglucemia, sin suficiente glucosa las células no pueden producir energía para que el cuerpo funcione adecuadamente.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA DIABETES?

Mucha sed =
Polidipsia



Mucha sed

Aumento del apetito =
Polfraja



Aumento del apetito =

Orina frecuente =
Poliuria



Mucha orina



Fatiga, cansancio =
Astenia

Infecciones
Frecuentes



Infecciones y/o heridas

Cicatrización lenta
Entumecimiento
Hormigueo en manos y pies

COMPLICACIONES CRÓNICAS

Problemas de neuropatías. Nuestro cuerpo tiene una red de nervios a través de los cuales el cerebro manda información a todos los órganos de nuestro cuerpo. Esta red es como una serie de cables que transmiten impulsos eléctricos y al igual que cables eléctricos se pueden dañar o romper. Los diabéticos tienden más a desarrollar problemas de los nervios que las personas sin diabetes; sin embargo, no se sabe exactamente por qué la glucosa con el tiempo daña los nervios del cuerpo. Este tipo de daño a los nervios se llama neuropatía, existen diferentes tipos de neuropatías ya que se pueden dañar diferentes tipos de nervios.

Problemas renales. Los riñones funcionan como un conjunto de filtros pequeños (capilares) que retienen todas las toxinas y los desechos de la sangre. Una vez que la sangre esta limpia de toxinas y desechos, vuelve a entrar al torrente y el desecho pasa a través de diversos tubos en los riñones y se convierte en orina. Si se padece *nefropatía diabética* o *enfermedad renal*, los capilares se dañan y no pueden filtrar la sangre.

Problemas de la vista. Las personas diabéticas presentan problemas oculares a una edad más temprana. Para que los ojos funcionen adecuadamente, se necesita un suministro bueno y constante de sangre en las retinas para proporcionarles los nutrientes que necesitan.



Los ojos también depende de nervios saludables para transmitir las señales ópticas y controlar los movimientos oculares. El daño a los vasos sanguíneos o a los nervios puede amenazar la buena vista. Algunos problemas oculares causados por la diabetes son:

- Retinopatía
- Cataratas
- Glaucoma.

Problemas de infecciones. Las personas diabéticas tienen más glucosa en la sangre, lo que propicia una excelente fuente de alimento para los microorganismos que provocan las infecciones y fomenta su crecimiento dentro del cuerpo. Si se tiene diabetes, existen defectos en la manera en que el cuerpo produce y envía las células que combaten las infecciones.



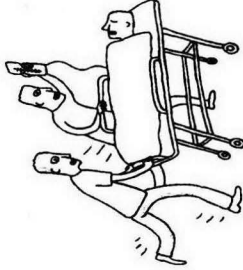
Problemas de la piel. Algunos problemas cutáneos o de la piel parecen asociarse con desequilibrios metabólicos. Otros son causados por infecciones. Y algunos pueden ser provocados por los medicamentos para tratar la diabetes. Los problemas de la piel relacionados con la diabetes no son dañinos.

Psic. Nancy P. Caballero Suarez
Psic. Leticia Gpe. Olmos Montoya
Psic. Teresa M. Lopez Ormilla
Psic. Rebeca Strachet Monroy
Psic. Claudia Hernandez

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos

¿CUALES SON LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES?

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónica
degenerativa.

Folleto informativo No. 2a

COMPLICACIONES EN LA DIABETES

Un mal control de la diabetes afecta poco a poco a los ojos, los riñones, los nervios, las arterias, el corazón y los pies, y puede ocasionar complicaciones agudas y crónicas.

COMPLICACIONES AGUDAS

Hiper glucemia. Alto nivel de glucosa en la sangre.

Síntomas:

- Sed
 - Necesidad de orinar con frecuencia
 - Visión borrosa
 - Cansancio, sentirse sin energía
 - Nivel de glucosa en sangre mayor a 250 mg/dl
- ¿Qué hacer?:**
- Medir el nivel de glucosa en sangre
 - Si es superior a 350 mg/dl, llamar al médico de inmediato.
 - Si es superior a 500 mg/dl, pedir atención médica de emergencia.

Tratamiento:

- Si es más o menos alto y no hay otros síntomas, puede hacer un poco de ejercicio.
- Si es superior a 250 mg/dl y, si el médico lo considera pertinente puede administrar dosis extra de insulina y beber muchos líquidos.
- Si es mayor a 500 mg/dl, requerirá de atención médica de emergencia.

Hipoglucemia. Bajo nivel de glucosa en la sangre.

Síntomas:

- Temblor
- Nerviosismo
- Sudoración
- Escalofrío
- Sensación de estar pegajoso
- Pulso acelerado
- Problemas para concentrarse
- Dolor de cabeza
- Hormigueo en cara, labios o lengua
- Sensación de mucha hambre
- Irritabilidad

¿Qué hacer?:

- Mida el nivel de glucosa inmediatamente.
 - Con nivel menor a 60 mg/dl, puede comer medio vaso de jugo de naranja, media lata de refresco, de 5 a 7 caramelos, 2 cucharaditas de miel o azúcar.
 - Si presenta reacción aguda busque atención médica urgente.
 - Avise a sus familiares de sus síntomas.
- Prevención:**
- Iniciar medicamentos con dosis bajas e ir aumentando cada 4-7 días a la par que mide la glucosa en sangre. Esto se hace para decidir la dosis con la que se puede tener un mejor control.
 - Usar medicamentos de efecto de corta duración lo cual es útil ante problemas renales.

Coma diabético. Puede ser provocado por niveles muy bajos de azúcar en sangre (hipoglucemia), el tratamiento inmediato con glucosa evita una lesión permanente en el cerebro. Un valor muy alto de azúcar en sangre (hiperglucemia) también puede producir coma, pero se presenta con menor frecuencia y es menos grave que el producido por la hipoglucemia.

COMPLICACIONES CRÓNICAS

Problemas circulatorios. Las complicaciones de problemas circulatorios en la diabetes se



deben a que la azúcar hace densa y pegajosa a la sangre, por lo que no puede fluir bien. Los problemas más comunes relacionados con la circulación son:

- **Enfermedad de las coronarias.**
- **Angina de pecho.**
- **Infarto.**
- **Insuficiencia cardiaca congestiva.**
- **Arteriosclerosis.**
- **Enfermedad vascular periférica.**
- **Embolia.**
- **Hipertensión.**

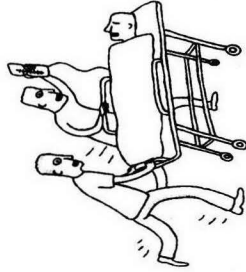
ACTITUDES PELIGROSAS

- Recurrir a medicamentos "milagrosos" (raíces exóticas, thés especiales, etc.).
- Utilizar elementos tales como tijeras puntiagudas o callicidas para el cuidado de los pies.
- Descuidar los controles médicos por la idea de que "la diabetes es materia conocida para mí".
- Consumir bebidas alcohólicas fuera de lo permitido en la dieta.
- Mantener o adquirir el hábito de fumar.
- No realizar ejercicio frecuentemente.

Ocultar la condición de diabético a familiares y allegados, que constituyen aliados invalorable para soportar la carga de la enfermedad

¿CÓMO EVITAR LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES?

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónico
degenerativa.

Folleto Informativo No. 2 b

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gomez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Montroy

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09

¿CÓMO EVITAR LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES?

La principal forma de prevenir la aparición y síntomas en la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en la sangre lo más cercana a las cifras normales (70 a 120 mg dl); esto se puede lograr si usted:



Sigue un plan de alimentación.

Hace ejercicio.



Tiene conocimiento de la enfermedad.

Realiza una revisión periódica del nivel de glucosa en la sangre.



Acude a revisión médica frecuentemente.

Sigue las instrucciones sobre el uso de medicamentos.



Para controlar la enfermedad es importante hacer el compromiso de realizar las acciones necesarias para evitar o demorar sus complicaciones. El manejo de la diabetes es responsabilidad de cada quien, por esta razón, cada persona decide con libertad la manera cómo enfrentará su enfermedad. Por supuesto, puede solicitar apoyo a todas aquellas personas que lo(a) aman y quisieran verlo(a) feliz, sin embargo, ellos no pueden hacer nada, si él

diabético no asume la responsabilidad de sus acciones. La persona con diabetes siempre puede lograr el control de su enfermedad si realiza las acciones convenientes. Pequeños cambios en el comer y actuar, le permiten llevar una vida con calidad, con alegría, con metas, con esperanza y disfrutarla plenamente los momentos que cotidianamente se presentan. Ya que la diabetes es controlable pero no curable, los cambios necesarios para el control habrá de formar parte de una nueva forma de vivir.



UNAM
Facultad de Medicina
Centro de Servicios Endocrinos
56 23 23 09

- Psic. Nancy P. Caballero Suárez
- Psic. Leticia Ope. Gómez Montoya
- Psic. Teresa M. López Granillo
- Psic. Rebeca Sánchez Morroy

**¿QUÉ PODEMOS HACER
PARA QUE NO SE NOS
OLVIDE TOMARNOS LOS
MEDICAMENTOS?**

Estas son algunas recomendaciones para que no se nos olvide tomar los medicamentos.

1. Tener los medicamentos a la vista (por ejemplo, dejar el frasco de pastillas junto al tocador, en la alacena o cerca del despertador, en el baño).



2. Preparar paquetes de dosis individuales del medicamento para llevarse en la bolsa o monedero.



3. Marcar los frascos o cajas de los medicamentos con el horario en que se debe de tomar.



4. Algún familiar o persona cercana nos puede recordar, tomar el medicamento.



5. Relojes de pulso con alarmas o relojes pequeños de bolsillo que suenen en el momento en que debe tomar el medicamento.



6. Letreros llamativos que le ayuden a recordar el tomar su medicamento (por ejemplo, etiquetas con las instrucciones del medicamento colocadas en la puerta del refrigerador, en la pared de la cocina, de la recámara, a un lado del televisor, etc).



7. Llevar en la bolsa, la agenda o un libro con una nota recordatoria.



8. Tomarse los medicamentos después o antes de situaciones que suele hacer diariamente (por ejemplo, al desayunar, al levantarse, etc).



Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Ope. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09

**¿PORQUÉ ES IMPORTANTE
TOMAR MEDICAMENTOS
PARA LA DIABETES?**

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios
Psicológicos



Programa de atención psicológica
apara adultos mayores con alguna
enfermedad crónica degenerativa.

¿PORQUÉ ES IMPORTANTE TOMAR MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES?

Cuando una persona tiene diabetes, lo primero que debe hacer es controlar los niveles de glucosa en sangre.

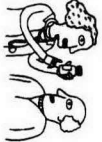


para esto, es necesario tomar medicamentos, sin embargo, el seguir un plan alimenticio y realizar ejercicio, nos ayudan a obtener mejores resultados.

Existen muchos medicamentos que le ayudan a disminuir el nivel de glucosa en sangre, pastillas, cápsulas ó tabletas. Su médico le recomendará el medicamento más adecuado para controlar su presión arterial.



Antes de iniciar a tomar los medicamentos, es importante saber y tener claro, que seguir las indicaciones del Médico, le permitirá controlar el nivel de glucosa en sangre. Se debe tener esperanza, optimismo y confianza en el tratamiento, esta comprobado que los medicamentos utilizados son eficaces para controlar esta enfermedad.



ES MUY IMPORTANTE QUE EL MÉDICO NOS INFORME

Para que quede claro como seguir el tratamiento, es importante estar informados, no dude en pedir información a su Médico, sobre los medicamentos que puede tomar, porque tomarlos, las reacciones, la importancia de tomar la dosis indicada, los efectos secundarios y que hacer si estos ocurren. Sin olvidar las metas que se esperan lograr con el tratamiento que están siguiendo y las ventajas que tiene el seguirlo adecuada-



mente.
En general, tiene el derecho y la obligación de pedir una explicación y justificación completa, sobre los medicamentos y el tratamiento recomendados.

¿CÓMO FUNCIONAN LOS MEDICAMENTOS?



Algunos medicamentos pueden tener un efecto retardado o un periodo sin que se vean resultados, como consecuencia la mejoría ó recuperación son mínimas y no evidentes, presentándose una mejoría progresiva al tiempo que se sigue el tratamiento. Diversos medicamentos reducen el nivel de glucosa en sangre, pero el tratamiento a seguir es diferente para cada persona.

¿TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS LOS MEDICAMENTOS?

Algunos medicamentos que son utilizados para controlar la diabetes pueden producir hipoglucemia, diarrea, náuseas, aumento de peso, retención de líquidos, salpullido, comezón, anemia, pérdida del apetito y raras veces acidosis láctica.



También se pueden tener consecuencias si no se toman adecuadamente los medicamentos, por olvido o porque no son de su agrado.

La principal consecuencia es no controlar los niveles normales de cantidad de glucosa en sangre, lo que como consecuencia provoca las complicaciones agudas y crónicas.



Nota: se debe preguntar al médico que se puede hacer ante estas situaciones.

RECOMENDACIONES PARA UN PLAN ALIMENTICIO SALUDABLE

- Procure no saltarse una comida, o llevar mucho tiempo sin comer, se puede presentar una hipoglucemia. Mantenga un horario fijo para comer.

- Procure no comer excesivamente pues se elevan los niveles de glucosa, lo que ocasiona una hiperglucemia. Por esta razón los médicos recomiendan que usted coma a sus horas.

- Comer algo entre comidas o colación (un pequeño refrigerio como un pequeño pedazo de pan, una fruta pequeña) pues ayuda a mantener los niveles de glucosa normales.

- Aumentar el consumo de fibra, ya que ésta ayuda a disminuir la cantidad de glucosa en la sangre, previene los niveles altos de colesterol y triglicéridos en la sangre; la fibra está en frutas y verduras de preferencia crudas, y cereales integrales.

- Limitar el consumo de leche entera, mantequilla o quesos grasos, ya que son los productos que tienen más grasas saturadas. Se debe preferir la leche descremada o semidescremada, el requesón o queso panela.

- No es conveniente consumir más de tres piezas de huevo a la semana.

- Disminuir el consumo de carnes rojas. Se recomienda más el consumo de carnes blancas como el pollo sin piel y el pescado.

- Procurar tomar por lo menos dos litros de agua al día.

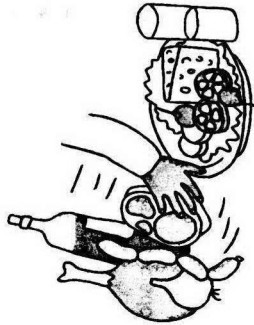
- Evitar consumir sal
- No usar azúcar común. Si es que está acostumbrado a añadir azúcar a sus bebidas, use algún endulzante artificial que no tenga calorías, como el aspartame (Nutrasweet) o sacarina.
- Los caramelos dietéticos pueden satisfacer el deseo de comer algo dulce, pero no coma más de tres caramelos duros por día.

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

UNAM
Facultad de Psicología

¿QUÉ ALIMENTOS SE RECOMIENDAN A PERSONAS CON DIABETES?

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónica
degenerativa

Folleto informativo No.4

¿QUÉ ALIMENTOS SE RECOMIENDAN A PERSONAS CON DIABETES?



Cuando una persona tiene diabetes uno de los pasos más importantes, para controlar la enfermedad,

es cambiar los hábitos alimenticios, es decir, dejar de comer algunos de los alimentos a los que estamos acostumbrados o que tanto gustan.

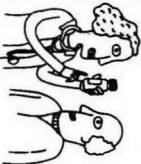
¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS PARA CAMBIAR NUESTRA ALIMENTACIÓN?

Tener una alimentación adecuada ayuda a:

- ✓ Controlar la cantidad de glucosa en la sangre
- ✓ Mantener los niveles apropiados de colesterol
- ✓ Tener el peso ideal, en caso de obesidad ayuda a bajar de peso
- ✓ Evita las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, y
- ✓ Tener las calorías suficientes a nuestras necesidades.



Para seguir una alimentación más saludable se recomienda acudir con el nutriólogo para que revise su peso y le prescriba un plan alimenticio adecuada a sus necesidades y a su edad, sexo, peso, estatura, actividad física diaria y a su estado de salud en general.



¿QUÉ ES UN PLAN ALIMENTICIO?

Un Plan Alimenticio es una lista de alimentos que se recomienda seguir diariamente, en éste se incluyen los diferentes grupos de alimentos y la cantidad que se requieren para proporcionar



nutrientos y energía (calorías) que se necesitan, pues cada persona tiene necesidades diferentes dependiendo de su edad, sexo y actividad física, entre otros aspectos. Por lo tanto, cuando se le prescriba un Plan Alimenticio, la cantidad que le indiquen en cada grupo de alimento es la que su organismo necesita y debe respetarla no consumiendo alimentos en exceso, ya que de lo contrario, poco a poco aumentará de peso y tendrá otras alteraciones en la salud.

NOTA: La alimentación de un diabético tiene sólo pequeñas diferencias con la alimentación de una persona que no lo es, por lo tanto, usted sigue comiendo los mismos alimentos que su familia.

¿CUÁLES SON LOS GRUPOS DE ALIMENTOS?

Los alimentos se agrupan de acuerdo con el mayor aporte de nutrientes que proporcionan, estos son:



1. **Cereales y tubérculos.** (Carbohidratos) frutas, cereales, alubias y verduras.
2. **Alimentos de origen animal.** (Proteínas de origen animal) carne, pollo, pescado y ave.
3. **Leguminosas.** (Proteínas de origen vegetal) acøjigas, espinacas, frijol, garbanzo, haba y lentejas.
4. **Grasas (lípidos):** manteca, mantequilla, aceite, etc.



RECOMENDACIONES PARA UN PLAN ALIMENTICIO SALUDABLE

Es importante que tenga siempre en mente que la alimentación saludable significa cuida la cantidad y calidad de los alimentos que come a diario.

- Actualmente se recomienda:
- Tratar de no comer miel, mermelada, caramelos, gelatina regular, y pasteles dulces. En vez de comer fruta en almíbar, elija frutas frescas o jugos naturales.



- Cocinar con las grasas de origen vegetal (aceite de maíz, aceite de cártamo, aceite de oliva y margarina) en lugar de con las de origen animal (el tocino y la manteca).



ALGUNAS RECOMENDACION

Y NO INICIE NINGÚN PROGRAMA DE EJERCICIOS SI EL MÉDICO NO SE LO PERMITE.

- Y** Hacer del ejercicio un hábito regular.
- Y** Realizar un mínimo de tres sesiones semanales, que con el tiempo puede practicarse diariamente.
- Y** Realizar calentamiento previo durante cinco o diez minutos de ejercicios ligeros para preparar los músculos, tendones y articulaciones.
- Y** Llevar un récord diario de su esfuerzo y ejercicio, así como un control semanal de su peso, de los *beneficios* que ha recibido y de los problemas que enfrenta.
- Y** Combinar el ejercicio con hábitos dietéticos saludables, de ese modo quemará la grasa que le sobra.
- Y** No realice ningún ejercicio después de comer, espere a que pase una hora.

El adulto mayor debe procurar:

- ✘ No hacer ejercicio *si tiene* catarro, problemas *respiratorios*, *fiebre* de origen desconocido o cualquier otra enfermedad o problema *físico* hasta que se lo haya autorizado su *médico*.
- ✘ No excederse en la realización de su ejercicio; sólo debe incrementar el *ritmo* cuando lo sienta fácil y que no lo cansen ni le cause molestias, dolor, calambres, cayos o ampollas en los *pies*. de sus esfuerzos anteriores.
- ✘ No sentarse o acostarse inmediatamente

¿PORQUÉ ES BUENO HACER EJERCICIO?

mente después de hacer ejercicio, debe hacer ejercicio de enfriamiento; conservar su movimiento cinco o diez minutos para que se recupere

- ✘ No abusar de su cuerpo; *si practica ejercicio* no consumir alcohol ni fumar, tampoco comer en exceso.
- ✘ No intentar reducir una gran cantidad de peso *mediante el ejercicio*.

¿Necesitamos de un ejercicio recetado por el Médico?

Es el médico el que debe evaluar a través del historial médico de la persona y de una exploración física minuciosa, la capacidad para realizar ejercicio físico. Esto con la finalidad de adaptar, según el interrogatorio y el examen físico, los diferentes ejercicios que pudieran ser necesarios. Se recomienda que la periodicidad de los reconocimientos médicos sea, como mínimo, dos veces al año y siempre que se presente alguna anomalía.

Hay que tener presente que, en general, siempre existe alguna actividad física o deportiva recomendable, cualquiera que sea el estado de salud de una persona, por ello es muy importante la adecuada determinación de la capacidad física para poder establecer correctamente el tipo e intensidad del ejercicio a realizar. Si ello no es posible o existen limitaciones serias, caminar o nadar son siempre buenas elecciones.

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónica
degenerativa.

Folleto informativo No.5

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Ope. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Montroy
Psic. Claudia Hernández

¿DEBE REALIZAR EJERCICIO FISICO EL ADULTO MAYOR?



El primer mensaje que se debe hacer llegar a los adultos mayores es que deben mantenerse activos en su vida cotidiana.

Esto puede ser posible a través de los quehaceres diarios, tales como trabajos domésticos (ir de compras, cocinar, limpiar, etc.), se puede mantener un nivel adecuado de actividad.

Es conveniente incrementar ocupaciones simples como jardinería o paseos diarios. Así como también es importante el poder realizar actividad física durante 35 a 45 min. de 5 a 7 días de la semana.

Este plan de actividades constituye un importante factor para prevenir ciertas enfermedades y complicaciones, a la vez que apoya al adulto a mantener una vida activa e independiente.

¿Qué beneficios tenemos al hacer ejercicio?

- ✓ Mejora la sensación de bienestar general.
- ✓ Mejora la salud física y psicológica global.
- ✓ Ayuda a mantener un estilo de vida independiente.
- ✓ Reduce el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades (alteraciones cardíacas, hipertensión etc.).
- ✓ Ayuda a controlar enfermedades como obesidad, diabetes, hipercolesterolemia.

✓ Ayuda a disminuir las consecuencias de ciertas discapacidades y puede favorecer el tratamiento de algunas patologías que cursan con dolor.

Sin embargo es importante saber que muchos de estos beneficios requieren una participación regular y continua y pueden volverse rápidamente reversibles si se retoma a la inactividad.

¿Qué riesgos comporta el ejercicio físico en los ancianos?

El ejercicio físico moderado no permite riesgos a los adultos mayores. El problema suele originarse en el entendimiento de lo que para cada uno es la moderación. Es evidente que la sobreestimación de las propias capacidades, la competitividad o el intentar mantener un tono físico similar al de otras épocas pasadas puede generar serios peligros que deben ser considerados.

Los diferentes tipos de ejercicios que existen son:



Ejercicios isotónicos. Sirven para dar fuerza y ayudan a mantener la condición del músculo. Así se fortalecen las articulaciones y se previenen problemas artríticos. Algunos ejemplos de estos son la calistenia (ejercicios con el propio peso de uno), el levantamiento de pesos, el tejo (consiste en lanzar en una cancha un tipo balón llamado tejon), la arquera y el lanzamiento de herradura.



Ejercicios isométricos o de flexibilidad. Ayuda a mantener el movimiento. Con la edad, los músculos pierden elasticidad y los tejidos de las articulaciones se endurecen.

Estos ejercicios pueden retrasar o revertir este proceso, evitando el desarrollo de artrosis y permitiendo que haya movilidad en todas direcciones con más facilidad y menos dolor.

Ejercicios aeróbicos. Estos ejercicios fortalecen el corazón, los pulmones y los vasos sanguíneos. Aeróbico significa "con oxígeno" y se refiere al ejercicio que aumenta la respiración y el ritmo cardíaco en un periodo. Los ejemplos típicos son: caminar, andar en bicicleta, nadar, bailar y trotar. Caminar es actualmente uno de los mejores ejercicios, ya que, además de fortalecer los músculos de las piernas, la acción de masaje que ejercen éstos sobre las venas mejora el flujo de la sangre al corazón.



Gimnasia. Movimiento que brinda elasticidad al cuerpo. Se sigue de acuerdo a un programa o zona a ejercitar. Ayuda a combatir pequeños defectos, por ejemplo: elimina cúmulos de grasa en ciertas zonas o contribuye a mejorar la figura.



RECOMENDACIONES Y CUIDADOS

PARA LOS PIES.

El pie del paciente diabético requiere de un cuidado multidisciplinario que no debe pasar a segundo término, pues se corre el riesgo de la amputación de un pie o pierna.

Los pacientes diabéticos son susceptibles a que en una sencilla inflamación o herida (fisuras), se desarrollen hongos oportunistas e infecciones bacterianas. Una ampolla por usar zapatos apretados, úlceras, hongos por humedad, se pueden convertir en un gran problema.

Debido a la falta de sensibilidad, se puede dejar de sentir la herida que produce un zapato, una uña enterrada, un objeto o cuerpo extraño.

Como consecuencia de la diabetes las heridas tardan más tiempo en cicatrizar y aumenta la posibilidad de que se infecten. Se presenta ardor, sensación de quemadura en la piel, o se pierde la sensibilidad, no hay dolor en el sitio de la herida o infección, llegando a pasar desapercibida.

En el folleto dedicado al cuidado de los pies encontrará más información y algunas recomendaciones que evitarán problemas con sus pies.



RECOMENDACIONES PARA LAS UÑAS.

- Realice o pida que le hagan frecuentemente el manicure y pedicure, con sus propios utensilios, siempre bien desinfectados.

- Corte, o de preferencia lime, las uñas después de haber lavado y secado las manos o los pies para que estén más suaves y no se lastime.

- Las uñas deben mantenerse en línea recta y no muy cortas, limando las orillas para evitar que se entierren. Nunca corte las orillas.

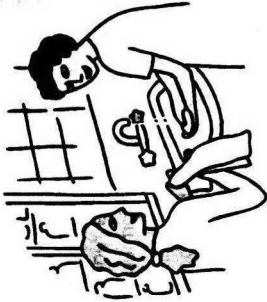
- Si nota que el color alrededor de la uña es rojizo, consulte inmediatamente a su médico.

- Si las uñas son frágiles y secas, hay que reblanecerlas media hora todas las noches en agua templada con una cucharada de borato de sodio en polvo (bórax) por litro. A continuación frotar alrededor de las uñas con aceite vegetal, limpiar a su alrededor con un pañillo de madera de naranjo.



RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE HIGIENE

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónica

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos

56 22 23 09

Folleto informativo No. 6 a

¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER UNA PERSONA CON DIABETES?

Es muy importante que el paciente diabético siga una rutina de higiene y observe cuidadosamente los cambios en su cuerpo: cansancio de la vista y dificultad para enfocar, cambios en la textura de la piel; dolor, manchas, hongos, ampollas o grietas en tus pies. Cualquiera alteración puede conducir a un daño irreversible si no se le da la importancia y tratamiento adecuados.

Los daños que ocasiona la diabetes son las razones para observar y cuidar nuestro cuerpo.

En el paciente diabético, la actividad del sistema de defensas se reduce, por eso las personas con dicha enfermedad contraen con facilidad infecciones. Pueden aparecer infecciones en cualquier parte del cuerpo.

Los órganos o partes del cuerpo a los que se debe dar un cuidado especial y pedir revisión en cada consulta son:

- La vista
- Los dientes
- La piel
- Las uñas
- Los pies



A continuación se presentan algunas recomendaciones para cuidar estas partes del cuerpo.

RECOMENDACIONES PARA LA VISTA

Uno de las posibles complicaciones de la diabetes es la pérdida de visión. Por esta razón, es de vital importancia que acuda a una revisión periódica de la vista con el oftalmólogo de su preferencia, siga un plan de alimentación adecuado y abandone el hábito de fumar.



CUIDADO DENTAL

Es más probable que el paciente diabético tenga problemas con los dientes y las encías. Uno de estos problemas, llamado gingivitis, le puede irritar, inflamar y enrojecer las encías, haciendo que las mismas sangren al cepillarse los dientes. Otro problema, llamado periodontitis, puede ocurrir cuando las encías se achican y se exponen las raíces de los dientes. Las infecciones dentales, como cualquier otra infección, pueden aumentar el nivel de azúcar en la sangre.



Estas alteraciones se presentan si hay mala higiene, es decir, si no hay un adecuado cepillado de dientes, por ello es importante mantener en excelente estado dientes y encías, controlando muy bien la higiene y acudiendo con frecuencia a citas de mantenimiento y prevención.



Se recomienda:

- Cepillarse los dientes todos los días después de cada comida, con esto se evitara la caries dental y la infección de las encías.
- Asistir al dentista por lo menos una vez a año y comunicarle que padece diabetes

Un paciente diabético controlado puede recibir atención odontológica sin problema alguno.



CUIDADOS PARA UNA PIEL SALUDABLE

Cuando se tiene diabetes, es tan importante hidratar la piel todos los días así como mantener la humedad excesiva fuera de ella; por eso se recomienda que después de un buen baño y secarse perfectamente todo el cuerpo, aplicar crema o aceite en todo el cuerpo.

Es de vital importancia que las personas diabéticas comprendan que son susceptibles a desarrollar infecciones en donde jamás hubieran pensado, por ejemplo: alrededor de la uñas, en una axila o las partes íntimas.

Los hábitos de higiene deben ir desde se car bien la humedad que se resguarda en los pliegues del cuerpo, como en las axilas, entre los dedos de manos y pies, la vagina y el escroto; dando especial importancia a todas aquellas heridas, aparentemente inofensivas pero que en el paciente diabético favorecen e acceso a hongos y bacterias.



¿CÚAL ES EL CALZADO ADECUADO?



- Utilizar calzado con tacones bajos y de piel suave que se ajuste correctamente a la forma de los pies.



- Hay que utilizar calcetines sencillos, gruesos y abrigados
- El calzado debe ser ancho para que no cause presión en los dedos, se ajuste bien en el arco y tome con firmeza los talones.
- Utilice zapatos cómodos y holgados que no aprieten los dedos obligándolos a posiciones poco naturales. Debe evitar que sus dedos queden en flexión o sobrepuestos.
- No debe usar zapatos de plástico o sandalias con tiras en los dedos.
- Los zapatos nuevos tienen que quedarle cómodos cuando los compre... no debe comprarlos "suponiendo" que van a estirar. Aun-que le queden cómodos debe ir acostumbrándose a ellos poco a poco. Úselos una o dos horas al día, aumentando paulatinamente hasta que la horma se amolde a sus pies y su andar. Existen zapatos especialmente diseñados para el paciente diabético con molde tomado en posición supina.



RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CIRCULACIÓN (PIES FRÍOS):

- Conservar los pies bien abrigados. Utilizar calcetines templados y otra ropa.
- No utilizar ligas circulares, que comprimen los vasos sanguíneos.
- Evitar sentarse con las piernas cruzadas.
- Si el peso de las cobijas es incómodo, colocar una almohada debajo de ellas.
- No aplicar ningún medicamento en los pies sin instrucciones de un médico.
- No aplicar calor en forma de agua caliente o cojines térmicos sin consentimiento del médico. Incluso el calor moderado puede lesionar la piel si la circulación es mala.
- Si los pies son húmedos o con tendencia a desarrollar pie de atleta, hay que utilizar polvo profiláctico en los pies, el calzado y los calcetines a diario, y cambiárselos todos los días cuando menos o con mayor frecuencia.

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09

RECOMENDACIONES Y CUIDADOS PARA LOS PIES

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónica

RECOMENDACIONES PARA EL PIE DIABÉTICO



Los pies son una parte del cuerpo a la que poca atención prestamos a lo largo de nuestra vida, aunque sobre ellos descansa todo nuestro peso y resisten toda nuestra actividad. Generalmente los atendemos poco, hasta que comienzan a dar molestias.

A continuación algunas recomendaciones para cuidar los pies, principalmente las personas con diabetes.

- Lavar los pies con jabón suave y agua tibia. Secar cuidadosamente entre los dedos por presión. No frotar con energía ya que puede alterar la piel delicada.
- Una vez muy bien secos los pies, se frotran con aceite vegetal para conservarlos suaves, evitar el exceso de fricción, eliminar escamas y evitar la resequedad.
- Si los pies se toman muy suaves y sensibles, hay que frotarlos con alcohol una vez por semana.
- Cuando se frotran los pies, siempre hacerlo hacia arriba desde las puntas de los dedos. Si hay venas varicosas, dar masajes a los pies con suavidad, nunca dar masajes a las piernas.
- Examinar los pies todos los días para ver si tienen raspones, rasguños, grietas o ampollas. Revise muy bien si hay algo raro entre los dedos y las plantas. Si le cuesta trabajo agacharse utilice un "espejo irrompible" colocado en el suelo; si no puede ver bien, pida ayuda a un familiar para que le ayude en la revisión.



• En caso de encontrar llagas, úlceras, ó algo extraño, debe ir al médico inmediatamente. Las llagas pueden infectarse más rápido de lo que imagina.

- Acuda inmediatamente al médico para solucionar problemas de hongos.
- Si tiene problemas de sudor haga una mezcla de alcohol y agua en partes iguales aplicando en el área húmeda.
- Procure no usar los mismos zapatos diario, pues no llegan a secarse de la humedad del día anterior. Alérmelos con otro par y así evitará gran parte de este problema.
- No ponga a remojar sus pies; esto daña y reseca la piel favoreciendo las infecciones.
- Por ningún motivo exponga sus pies a agua demasiado caliente o fría en exceso.



- Un remedio para hidratar, relajar y descansar los pies es un masaje con aceite, lanolina, loción o crema hidratante en las plantas y superficies secas. No es recomendable extender el masaje a los dedos pues guardarán humedad y se desarrollarán hongos.
- Es muy recomendable permitirle a sus pies respirar: descálzalos un momento durante el día.
- Nunca camine descalzo. Si desea hacer un paseo relajado utilice unas zapatillas suaves y cómodas; unas pantuflas para estar en casa, y chancletas para la playa o la alberca.



- Necesita proteger los pies del frío. Use calcetines o medias, que no tengan costura en el interior.



¿CÓMO TRATAR JUANETES Y CALLOS?

- Las callosidades se deben a fricción y presión, con mayor frecuencia por calzado y calcetines mal ajustados.
- Hay que usar calzado que se ajuste de manera adecuada y no cause fricción o presión.
- Para eliminar callosidades en exceso, sumergir los pies en agua tibia (no caliente), utilizando un jabón suave durante 10 minutos y después se frota el exceso de tejido con una toalla o una lima. No hay que arrancarlo. Bajo ninguna circunstancia hay que irritar la piel.
- Se trabajan con piedra pómez. Nunca lo corte, ni intente usar navajas de afeitar unguento, parches o líquidos para eliminarlos. Pueden dañar la piel. Si requieren atención, es mejor consultar al podiatra.
- Se debe evitar la formación de callosidades: bajo el arco del pie: a) mediante ejercicios como flexionar y extender los dedos varias veces al día; b) terminando cada paso en los dedos y no en el arco del pie, y c) mediante calzado que no sea muy corto ni tenga tacones altos.





TIPOS DE HIPERTENSIÓN

Se clasifican en dos tipos:

- Hipertensión arterial secundaria: es de causa conocida estos pueden ser por enfermedades del riñón o endocrinas (glándulas).
- Hipertensión arterial primaria: también se le conoce como hipertensión esencial y es la más común en los adultos mayores.

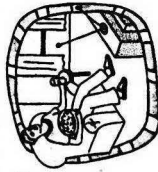
¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN?

La causa de la hipertensión arterial secundaria es conocida, pueden ser ocasionada por enfermedades del riñón o endocrinas (glándulas).



En la hipertensión arterial primaria las causas pueden ser desconocidas, en la mayoría de los casos, pero se encontrado que personas con familiares hipertensos tienen mayor probabilidad de padecer la enfermedad que aquellas que no lo tienen.

También tienen mayor riesgo de padecer hipertensión primaria las personas con sobrepeso, que no realizan ejercicio, aquellas que consumen mucha sal y grasas, o que están estresadas y preocupadas frecuentemente.



Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

UNAM
Facultad de Psicología

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN?

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna
enfermedad crónica
degenerativa

Folleto informativo No. 7

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN?



La Hipertensión (o presión arterial alta) es una enfermedad controlable, se caracteriza por un aumento crónico de la circulación de la sangre en la persona, no presenta síntomas durante mucho tiempo, por eso, se le llega a nombrar como "el asesino silencioso".

Se dice que hay hipertensión o que la presión arterial es elevada cuando estando en reposo presentamos una presión mayor a 140/90 mmHg.

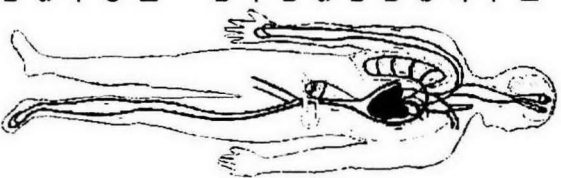
El tratamiento de la hipertensión puede variar de una persona a otra, dependiendo de su edad, sexo, peso y tipo de actividad, entre otros aspectos. Por ello es importante que vayan con el médico, quien se encargará de dar el tratamiento médico adecuado.

CUANDO TENEMOS HIPERTENSIÓN, ¿QUÉ PASA CON NUESTRO CUERPO?

La presión arterial es algo que todos tenemos y necesitamos tener para que la sangre circule por todo nuestro cuerpo, a través de las arterias. Sin circulación sanguínea los órganos vitales no pueden recibir el oxígeno y nutrición que necesitan para funcionar.

La presión arterial no es la misma a lo largo del día, se van produciendo aumentos y descensos normales que dependen de la actividad que estamos realizando o del estado de ánimo en el que nos encontramos.

Cuando tenemos hipertensión nuestro cuerpo no activa los mecanismos para regular y mantener la presión arterial en los niveles normales.



Esto se debe a que las arterias pierden su flexibilidad y se vuelven rígidas o porque que hay un aumento de agua y sal en el cuerpo que no se puede eliminar. Lo anterior nos lleva a presentar altos niveles de la presión arterial de manera frecuente.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA HIPERTENSIÓN?

La hipertensión es asintomática, es decir, no presenta síntomas. Sin embargo, la mayoría de las personas asocian la aparición de ciertos síntomas como cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio.

Es probable que las personas con una presión arterial elevada puedan presentar estos síntomas, pero es más frecuente que lo presenten aquellas personas que no llevan un tratamiento adecuado para la Hipertensión.



¿CUÁL ES EL DAÑO ORGÁNICO QUE GENERA?

Arteriosclerosis. Los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento mantenido de presión, lo que ocasiona el engrosamiento y las hace menos flexibles. En estas arterias tíasas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre provocando el estrechamiento de estas. En las arterias de los riñones, la arteriosclerosis provoca que llegue menos flujo al riñón, y los riñones responden liberando renina, una hormona que a su vez causa un aumento de la Tensión Arterial. Esto exagera la Hipertensión Arterial y causa aún más daño sobre los vasos sanguíneos.

Insuficiencia Renal. La insuficiencia renal puede ser la causa o consecuencia de la Hipertensión arterial severa. Los riñones son sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la Hipertensión y de sus complicaciones. Los riñones no pueden funcionar bien si el flujo disminuye, el flujo bajo hace que secreten más de la enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la Tensión Arterial en un intento de restaurar este flujo renal.



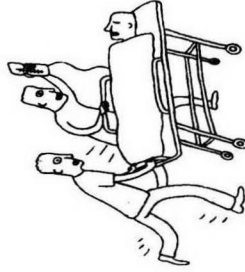
Hemorragia Intracraneal. Es un derrame de sangre en el interior del cráneo. La hemorragia puede producirse en el interior del cerebro o alrededor del mismo. Independientemente de donde ocurra la hemorragia, las células cerebrales resultan destruidas, además, debido a que el cráneo no permite la expansión de los tejidos que contiene, un derrame de sangre aumenta de forma rápida y peligrosa la presión del cerebro.

Accidentes Cerebrovasculares. Se provoca cuando el descenso de la presión se da por medio de fármacos a niveles menores de 100 a 110 mm. de Hg. en forma agresiva, puede provocar daño neurológico severo. A este daño neurológico se le llama Accidente Cerebrovascular mejor conocido como Apoplejía, también se le conoce con el nombre de Ictus; este daño se distingue por la muerte del tejido del cerebro (infarto cerebral) como consecuencia de una insuficiencia circulatoria y de la no entrada de oxígeno al cerebro.

Encefalopatía Hipertensiva. Es el síndrome de disfunción del sistema Nervioso Central asociada a una crisis hipertensiva. Los pacientes usualmente presentan cefalea, náuseas, vómitos, confusión y alteraciones visuales. En el momento de aparición de las alteraciones neurológicas, la hipertensión usualmente se presenta con presiones diastólicas por encima de 130 mmHg.

¿CUALES SON LAS COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION?

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios
Psicológicos
56 22 23 09



Programa de atención
psicológica para adultos mayores
con alguna enfermedad crónica
degenerativa

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Oje, Óliver Montoya
Psic. Teresa M. López Orantillo
Psic. Rebeca Sánchez Montoya

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN

Un mal control de la hipertensión afecta poco a poco a los ojos, los riñones, el corazón y el cerebro, y puede ocasionar complicaciones.

¿Qué es una Crisis hipertensiva?

Son situaciones específicas en las cuales la hipertensión necesita de un tratamiento inmediato, si este no se proporciona se corren grandes riesgos. A estas situaciones se las conoce como crisis hipertensiva, la cual presenta un aumento considerable en la presión diastólica superior a 120 mm Hg. Las crisis se pueden identificar como emergencias o urgencias.

¿Qué son las emergencias hipertensivas?

Se caracteriza por un cuadro de Hipertensión severa en los que se produce daño orgánico grave o progresivo

¿Qué hacer?

Se requiere la disminución inmediata de la presión arterial con medicamentos administrados vía intravenosa, para evitar el riesgo de una lesión permanente o muerte, esta se debe reducir en una hora como máximo.

¿Qué son las urgencias hipertensivas?

Es cuando el daño orgánico es mínimo o poco evidente en los órganos blancos y permite que la presión pueda ser disminuida poco a poco en un espacio de 48 a 72 hrs.

¿Qué hacer?

Se debe reducir la presión arterial diastólica hasta 100-110 mm Hg; es necesario evitar una disminución excesiva o muy rápida de la presión arterial para evitar la hipoperfusión cerebral y la insuficiencia coronaria. La presión arterial debe normalizarse en un plazo de tres días, según lo tolere el paciente.

¿CUAL ES EL DAÑO ORGÁNICO QUE GENERA?



Retinopatía Hipertensiva Se presenta cuando la presión arterial se torna extremadamente

alta provocando escape de sangre dentro de la retina. Algunos de los sectores de la retina resultan dañados porque el suministro de sangre es inadecuado y, con el paso de los años, se acumula grasa en la retina.

Insuficiencia Cardíaca.

Es una enfermedad grave dado que la cantidad de san-



gre que bombea el corazón cada minuto (gasto cardíaco) es insuficiente para satisfacer las necesidades de oxígeno y de nutrientes del organismo.

Cardiopatía Hipertensiva El corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos, lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva, donde el corazón se queda atrás en el bombeo de la sangre circulante que se necesita, y los líquidos se estancan en todo el organismo.

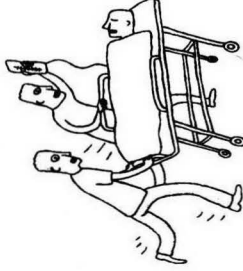
ACTITUDES PELIGROSAS

- Recurrir a medicamentos "milagrosos" (raíces exóticas, thés especiales, etc.).
- Descuidar las visitas al médico por la idea de que "la hipertensión es algo conocido para mí".
- Consumir bebidas alcohólicas
- Mantener o adquirir el hábito de fumar.
- No realizar ejercicio frecuentemente

¿CÓMO EVITAR LAS COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN?

UNAM

Facultad de Psicología



Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

Programa de atención psicológica para adultos mayores con alguna enfermedad crónica degenerativa.

¿CÓMO EVITAR LAS COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN?

La hipertensión puede ser tratada eficazmente, disminuyendo la Tensión Arterial a niveles manejables o normales, evitando todas las consecuencias graves de la Hipertensión, con lo que se mantendría una esperanza de vida normal.

El tratamiento de la Hipertensión arterial se basa en los siguientes puntos:

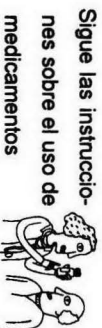


Seguir un plan alimenticio

Realizar ejercicio aeróbico periódicamente



Acude a revisión médica frecuentemente



Sigue las instrucciones sobre el uso de medicamentos



Tener conocimiento de la enfermedad

Para controlar la enfermedad es importante hacer el compromiso de realizar las acciones necesarias para evitar o demorar sus complicaciones. El manejo de la hipertensión es responsabilidad de cada quien, por esta razón, cada persona decide con libertad la manera cómo enfrentará su enfermedad. Por supuesto, puede solicitar apoyo a todas aquellas personas que lo(a) aman y quisieran verlo(a) feliz, sin embargo, ellos no pueden hacer nada, si el paciente no asume la

responsabilidad de su propio comportamiento.

Pequeños cambios en el comer y actuar, les permitirán llevar una vida con calidad, con alegría, con metas, con esperanza y disfrutando plenamente los momentos que cotidianamente se presentan.

Ya que la hipertensión es controlable pero no curable, los cambios necesarios para el control habrá de formar parte de una

UNAM

Facultad de Psicología

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Morrey

**¿QUÉ PODEMOS HACER
PARA QUE NO SE NOS
OLVIDE TOMARNOS LOS
MEDICAMENTOS?**

Estas son algunas recomendaciones para que no se nos olvide tomar los medicamentos.

1. Tener los medicamentos a la vista (por ejemplo, dejar el frasco de pastillas junto al tocador, en la alacena o cerca del despertador, en el baño).

2. Preparar paquetes de dosis individuales del medicamento para llevarse en la bolsa o monedero.

3. Marcar los frascos o cajas de los medicamentos con el horario en que se debe de tomar.

4. Algún familiar o persona cercana nos puede recordar, tomar el medicamento.

5. Relojes de pulso con alarmas o relojes pequeños de bolsillo que suenen en el momento en que debe tomar el medicamento.

6. Letreros llamativos que le ayuden a recordar el tomar su medicamento (por ejemplo, etiquetas con las instrucciones del medicamento colocadas en la puerta del refrigerador, en la pared de la cocina, de la recámara, a un lado del televisor, etc).

7. Llevar en la bolsa, la agenda o un libro con una nota recordatoria.



8. Tomarse los medicamentos después o antes de situaciones que suele hacer diariamente (por ejemplo, al desayunar, al levantarse, etc).

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09

**¿PORQUÉ ES IMPORTANTE
TOMAR MEDICAMENTOS
PARA LA HIPERTENSIÓN?**

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención
psicológica para adultos
mayores con alguna enfermedad
crónica degenerativa.

Folleto informativo No. 9

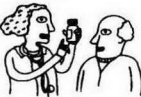
**¿PORQUÉ ES IMPORTANTE
TOMAR MEDICAMENTOS
PARA LA HIPERTENSIÓN?**

Cuando una persona tiene hipertensión, lo primero que debe hacer es controlar los niveles de tensión arterial, para esto, es necesario tomar medicamentos, sin embargo, el seguir un plan alimenticio y realizar ejercicio, nos ayudan a obtener mejores resultados.



Existen muchos medicamentos que le ayudan a controlar los niveles de tensión arterial, como lo son las pastillas, cápsulas ó tabletas. Su médico le recomendará el medicamento más adecuado para controlar su presión arterial.

Antes de iniciar a tomar los medicamentos, es importante saber y tener claro, que seguir las indicaciones del Médico, le permitirá controlar los niveles de tensión arterial. Se debe tener esperanza, optimismo y confianza en el tratamiento, esta comprobado que los medicamentos utilizados son eficaces para controlar esta enfermedad.



**ES MUY IMPORTANTE QUE EL MÉDICO
NOS INFORME**

Para que quede claro como seguir el tratamiento, es importante estar informados, no dude en pedir información a su Médico, sobre los medicamentos que puede tomar, porque tomarlos, las reacciones, la importancia de tomar la dosis indicada, los efectos secundarios y que hacer si estos ocurren. Sin olvidar las metas que se esperan lograr con el tratamiento que están siguiendo y las ventajas que tiene el seguirlo adecuadamente.



En general, tiene el derecho y la obligación de pedir una explicación y justificación completa, sobre los medicamentos y el tratamiento recomendados.

**¿CÓMO FUNCIONAN LOS
MEDICAMENTOS?**



Algunos medicamentos pueden tener un efecto retardado o un periodo sin que se vean resultados, como consecuencia la mejoría o recuperación son mínimas y no evidentes, presentándose una mejoría progresiva al tiempo que se sigue el tratamiento. Diversos medicamentos reducen la presión arterial, pero el tratamiento a seguir es diferente para cada persona.

**¿TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS
LOS MEDICAMENTOS?**

Algunos medicamentos que son utilizados para controlar la hipertensión pueden producir dolor de cabeza, tos, diarrea, náuseas y vómito, boca seca, incremento en la secreción de ácido gástrico y saliva, aumento de peso, mareo, cansancio, debilidad, nerviosismo, pesadillas, visión borrosa, lagrimeo, hipotensión y alteraciones del sueño como somnolencia e insomnio. Otros efectos que rara vez se presentan pueden ser depresión, edemas, anemia, movimientos involuntarios y parkinsonismo.



También se pueden tener consecuencias si no se toman adecuadamente los medicamentos, por olvido o porque no son de su agrado.



La principal consecuencia es no controlar los niveles normales de cantidad de glucosa en sangre, lo que como consecuencia provoca las complicaciones agudas y crónicas.

RECOMENDACIONES PARA UN PLAN ALIMENTICIO SALUDABLE

- No añadir harina, pan rallado cuando cocina carnes
- Evitar o disminuir el consumo de alimentos industrializados con alto contenido de sodio y/o sal, como consomé, sopas de lata o sobre, alimentos enlatados, pan blanco, bizcocho, galletas, mermelada o jalea industrializada, pastelillos comerciales y frituras.



- Evitar alimentos curados

o ahumados, como carne o pescado, carnes frías jamón, salchicha, chorizo, longaniza, tocino, quesos salados, sardinas, atún enlatado o verduras en salmuera.



- Procure no saltarse una comida, o llevar mucho tiempo sin comer. Procure no comer mucho. Mantenga un horario fijo para comer.



- Aumentar el consumo de fibra, ya que ésta ayuda a prevenir los niveles altos de colesterol y triglicéridos en la sangre; la fibra está en frutas y verduras de preferencia crudas, y cereales integrales.



- Limitar el consumo de leche entera, mantequilla o quesos grasos, ya que son los productos que tienen más grasas saturadas. Se debe preferir la leche descremada o semidescremada, el requesón o queso panela.



- No es conveniente consumir más de tres piezas de huevo a la semana.

- Disminuir el consumo de carnes rojas.

Se recomienda más el consumo de carnes blancas como el pollo sin piel y el pescado.

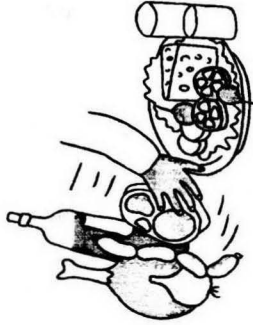


- Procurar tomar por lo menos dos litros de agua al día.



¿QUÉ ALIMENTOS SE RECOMIENDAN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN?

UNAM
Facultad de Psicología



Programa de atención psicológica para adultos mayores con alguna enfermedad crónica degenerativa

Psic. Nancy P. Caballero Suárez
Psic. Leticia Gpe. Gómez Montoya
Psic. Teresa M. López Granillo
Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Psic. Claudia Hernández

UNAM
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos
56 22 23 09

¿QUÉ ALIMENTOS SE RECOMIENDAN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN?



Cuando una persona tiene hipertensión uno de los pasos más importantes, para controlar la enfermedad, es cambiar los hábitos alimenticios, es decir, dejar de comer algunos de los alimentos a los que estamos acostumbrados o que tanto gustan.

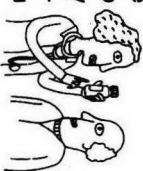
¿CUALES SON LOS MOTIVOS PARA CAMBIAR NUESTRA ALIMENTACIÓN?

Tener una alimentación adecuada ayuda a:

- ✓ Disminuir la presión arterial
- ✓ Comer menos grasas
- ✓ Mantener los niveles apropiados de colesterol
- ✓ Tener el peso ideal, en caso de obesidad, ayuda a bajar de peso
- ✓ Evita las complicaciones hipertensivas, y
- ✓ Tener las calorías suficientes a nuestras necesidades.



Para seguir una alimentación más saludable se recomienda acudir con el nutriólogo para que revise su peso y le prescriba un plan alimenticio adecuada a sus necesidades y a su edad, sexo, peso, estatura, actividad física diaria y a su estado de salud en general.

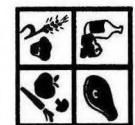


¿QUÉ ES UN PLAN ALIMENTICIO?

Un Plan Alimenticio es una lista de alimentos que se recomienda seguir diariamente, se enlistan los diferentes grupos de alimentos y la cantidad que se requiere para proporcionar nutrientes y energía (calorías) que se necesitan, pues cada persona tiene necesidades diferentes dependiendo de su edad, sexo y actividad física, entre otros aspectos. Por lo tanto, cuando se le prescriba un Plan Alimenticio, la cantidad que le indiquen en cada grupo de alimento, es la que su organismo necesita y debe respetarla no consumiendo alimentos en exceso, ya que de lo contrario, poco a poco aumentará de peso y tendrá otras alteraciones en la salud.



¿CUALES SON LOS GRUPOS DE ALIMENTOS?



1. **Cereales y tubérculos.** (Carbohidratos) frutas, cereales, alubias y verduras.
2. **Alimentos de origen animal.** (Proteínas) carne, pollo, pescado y ave.
3. **Leguminosas.** (Proteínas) acelgas, espinacas, frijol, garbanzo, haba y lentejas.
4. **Grasas (lipidos):** manteca, mantequilla, aceite, etc.

RECOMENDACIONES PARA UN PLAN ALIMENTICIO SALUDABLE

Es importante que tenga siempre en mente que la alimentación saludable significa cuidar la cantidad y calidad de los alimentos que come a diario.

Actualmente se recomienda:

- Cocinar con las grasas de origen vegetal (aceite de maíz, aceite de cártamo, aceite de oliva y margarina) en lugar de con las de origen animal (el tocino y la manteca).
- Disminuir alimentos con sodio como: la levadura y el glutamato monosódico.
- La presión arterial puede mejorar si comer más frutas y verduras que contengan potasio (plátanos).
- Cocinar los alimentos con poca o nada de sal (hecha de sodio) y no colocar saleros en la mesa, en su lugar se pueden utilizar hierbas frescas o especias para dar sabor a la comida.
- Disminuir el consumo de verduras ricas en sodio, como espinacas, acelgas, apio y betabel.
- Homee, use la parrilla, o hierva las carnes y los sustitutos en vez de freírlos. Si está usando una sartén, use un spray o un sartén de las que la comida no se pega.



APÉNDICE 11

Lista de equivalentes

Alimento	Ración
Tortilla de maíz	1 pieza
Tortilla de harina integral	1 pieza
Arroz	½ taza
Pasta	½ taza
Bolillo sin migajón	½ pieza
Pan blanco, integral, tostado	1 pieza
Avena, harina de arroz, maicena	1 taza
All bran	½ taza
Palomitas	3 tazas
Galleta María	5 piezas
Galleta Habanera	5 piezas
Hojuelas de maíz sin azúcar	¾ taza
Hojuelas de maíz con azúcar	½ taza
Pan dulce	½ pieza
Hot cakes	½ pieza
Galleta avena	1 pieza
Elote (granos)	1/3 taza
Camote (cocido)	1/3 taza
Papa (cocida)	½ taza

Alimento	Ración
Frijol (cocido)	½ taza
Alubia	½ taza
Alverjón o alverjilla	½ taza
Garbanzo	½ taza
Haba	½ taza
Lenteja	½ taza
Soya Texturizada	¼ taza

Alimento	Ración
Huevo entero	1 pieza
Clara de huevo	2 piezas
Pollo sin piel, conejo	1 pieza
Carne de res (chuleta)	Pieza mediana
Carne seca	60 gramos
Atún en agua	¼ taza
Pescado (filete)	Piezas medianas
Sardina	2 piezas
Hígado	30 gramos
Queso cottage o requesón	2 cucharadas
Queso rayado	3 cucharadas
Salchicha, mortadela, jamón	2 rebanadas

Alimento	Ración
Yogurt, leche entera o descremada	1 taza
Leche en polvo	3 cuch. soperas
Leche evaporada	½ taza

Alimento	Ración
Acelgas, alcachofas	1 taza
Apio, berros	1 taza
Brócoli	1 taza
Calabacita	1 taza
Col, repollo	1 taza
Coliflor	1 taza
Ejote	1 taza
Espinacas, espárragos	1 taza
Champiñones	1 taza
Tomate	1 taza
Lechuga	1 taza
Nopales	1 taza
Pepino	1 taza
Rabanitos	1 taza
Betabel	½ taza
Cebolla	½ taza
Chile poblano	½ taza
Germinado de soya	½ taza
Zanahoria	½ taza

Alimento	Ración
Ciruelas, tunas	3 piezas
Durazno, nectarina	1 pieza
Fresa	1 taza
Higos, guayaba, dátiles	2 piezas
Jícama	2/3 pieza
Mandarina, naranja, manzana, membrillo	1 pieza
Plátano, mango, pera, toronja	½ pieza
Melón	1 taza
Papaya, piña	¾ taza
Granada	¼ taza
Jugo de naranja, de toronja	½ taza
Sandía	1 ½ taza
Chabacano	4 piezas
Pasitas	2 cuch. soperas

Crema, queso crema	1 cucharada sopera
Ajonjolí, pepitas, semillas	1 cucharada sopera
Crema de cacahuete	1 cucharada sopera
Coco rayado	1 cucharada sopera
Mayonesa	1 cucharada sopera
Aceite vegetal (cártamo, maíz, oliva, soya)	1 cucharada cafetera
Mantequilla, margarina	1 cucharada cafetera
Aguacate	½ pieza pequeña
Nuez	2 piezas
Cacahuete	6 semillas

Lo recomendable es disminuir o evitar el consumo de alimentos de este grupo.

Azúcar	1 cucharada sopera
Miel, chocolate en polvo	1 cucharada sopera
Cajeta, mermelada	1 cucharada sopera
Fruta en almíbar, helado de crema	1 cucharada sopera
Salsa catsup	1 cucharada sopera
Caramelo	1 cucharada sopera
Gomitas	3 piezas
Leche condensada	1 cucharada cafetera
Jugos o refrescos embotellados	½ taza
Gelatina preparada	½ taza

Lo recomendable es disminuir o evitar el consumo de alimentos de este grupo.

APÉNDICE 12

Mi plan alimenticio

Basándose en lo que ya sabe y con el apoyo de un(a) nutriólogo(a), elabore su propio Plan alimenticio. Para ello, le sugerimos el siguiente formato:

Nombre: _____ Fecha: _____

Características	
Peso en Kg.	
Altura	
IMC actual	

Especificaciones	
IMC de meta	
Kcalorías por Kg. de peso requeridas	
Necesidades energéticas diarias	
Hidratos de carbono (60%)	
Proteínas (15%)	
Lípidos (25%)	

Grupo de Alimentos:	Raciones o porciones diarias
Cereales y tubérculos	
Leguminosas	
Verduras	
Frutas	
Alimentos de origen animal	
Lácteos	
Grasa para preparar los alimentos	

Ejemplo de Menú
Desayuno:
Refrigerio:
Comida:
Refrigerio
Cena

APÉNDICE 13

ENTRADAS

Panela fundida

2 porciones

Contiene por ración: proteína y grasa.

Ingredientes.

¼ de queso panela
aceite de oliva
orégano seco

Preparación.

1. Rebane el queso panela en un platón.
2. Bañe muy ligeramente con unas gotas de aceite de oliva y espolvoree el orégano machacado sobre las rebanadas de queso.
3. Meta al horno durante dos minutos para que el panela se funda.
4. Sirva de inmediato muy caliente.

SOPAS Y CREMAS

Crema de chile poblano

8 porciones

Contiene por ración: grasa, proteína y fibra.

Ingredientes.

6 chiles poblanos
½ cebolla
½ barra de margarina
½ kilo de calabacitas
½ taza de leche descremada
½ taza de crema ligera
200 gramos de queso panela cortado en cuadritos

Preparación.

1. Los chiles se asan, se pelan y se desvenan. Se frien en la margarina durante veinte minutos y se dejan cocer durante media hora más, agregándoles cuatro tazas de agua hasta que queden suaves. Se muelen en la licuadora y se cuelean.
2. Las calabacitas se cuecen en medio litro de agua con la cebolla. Se muelen en la licuadora con ese caldo y se licuan.
3. Se mezclan los dos licuados y se ponen a calentar. Al soltar el hervor se deja cocer a fuego regular durante media hora. Se le agrega la leche y la crema. Se sirve bien caliente con le queso panela a un lado.

Crema de papa

6 porciones

Ingredientes.

½ Kg. de papas cocidas
½ litro de leche descremada
¼ de litro de agua
1 cucharada de margarina
Una pizca de pimienta

Preparación.

1. Licue las papas con la leche y agregue el agua.
2. En una cacerola ponga a derretir margarina y añada el licuado y la pimienta. Deje hervir durante tres minutos y retire del fuego.

Crema de espinacas con nopales

6 porciones

Ingredientes.

10 nopales picados y cocidos
1 manojo de espinacas
½ litro de pure de jitomate
2 cucharadas de margarina
3 cucharadas de harina

Preparación.

1. Lave las espinacas, desinféctelas y póngalas a hervir. Muela las espinacas cocidas y agréguelas puré de jitomate.
2. Aparte, fría la harina en la margarina, añada el puré con espinacas y déjelo al fuego hasta que espese. Agregue los nopalitos picados y cocidos.
3. Espolvoree con queso rallado y sirva bien caliente.

Sopa de habas verdes con nopales

6 porciones

Ingredientes.

2 tazas de habas verdes peladas y cocidas
½ taza de jitomate molido y colado
1 cucharada de cebolla finamente picada
2 cucharadas de aceite de aceite de oliva
1½ litros de agua
1 taza de nopales cocidos y cortados en cuadritos
pimienta al gusto

Preparación.

1. Muela las habas cocidas y cuélelas.
2. Aparte, caliente el aceite en una cacerola y sofría la cebolla.
3. Agregue el jitomate molido y colado, sazone con pimienta y deje freír unos minutos.
4. Añada las habas coladas y el agua.
5. Deje hervir la mezcla a fuego vivo durante unos quince minutos hasta que espece un poco.
6. Finalmente incorpore los nopales y sirva.

Vichyssoise

4 porciones

Tiempo de preparación: 15 minutos

Tiempo de cocción total: 35 minutos

Contiene por ración: 3 gramos de proteínas, 21 gramos de glúcidos, 3 gramos de lípidos, 127 calorías.

Ingredientes

100 gramos de raíces de apio
100 gramos de puerros
200 gramos de tomates
400 gramos de zanahorias
50 gramos de crema ligera de 15% de MG
40 gramos de arroz crudo
1 cucharada sopera de perejil picado
Pimienta

Preparación de la Guarnición

1. Lavar y pelar todas las verduras
2. Cortar las verduras a trozos

Cocción de la crema

1. Poner las verduras en una cacerola
2. Añadir 1.5 litros de agua caliente
3. Añadir un poco de pimienta
4. Llevar a ebullición
5. Al cabo de 10 minutos de cocción añadir el arroz
6. Continuar la cocción a fuego lento durante 20 minutos y con la cacerola cubierta

Preparación final de la crema

1. Al final de la cocción pasar la crema por la batidora
2. Añadir la crema fresca y rectificar de pimienta
3. Espolvorear con el perejil

Arroz integral con champiñones

4 a 6 porciones

Contiene por ración: hidratos de carbono y gran cantidad de fibra.

Ingredientes.

2 tazas de arroz integral

½ cebolla picada

½ kilo de champiñones frescos

sal y pimienta al gusto

Preparación.

1. Ponga a remojar el arroz integral durante tres horas. Enjuáguelo y póngalo a cocer en dos litros de agua (8 tazas) durante una hora aproximadamente. El arroz debe quedar suave y húmedo. Si falta agua se le puede agregar la necesaria.
2. Mientras tanto ponga a dorar la cebolla en una sartén de teflón muy caliente, sin grasa, con PAM si lo desea, y agregue los champiñones bien lavados, sin tallo y cortados en rebanadas. Sazone con sal y pimienta y cubra con media taza de agua. Deje a fuego suave hasta que estén cocidos los champiñones, durante aproximadamente quince minutos.
3. Cuando el arroz este suave y casi seco, incorpore los champiñones con su jugo de cocimiento. Rectifique la sazón.

ENSALADAS

Ensalada de jitomate y panela

2 a 4 porciones

Contiene por ración: fibra y grasa "buena".

Ingredientes.

4 jitomates grande maduros

300 gramos de queso panela

1 cebolla morada

1 manojito de cilantro finamente picado

4 chiles frescos

8 cucharadas de aceite de olivo

1 cucharadita de salsa de soya

jugo de limón

pimienta al gusto

Preparación.

1. Se rebanan los jitomates descartando las primeras y las últimas rebanadas.
2. Se rebana la cebolla finamente.
3. Se rebana la panela lo más delgado posible.
4. En un plátón se acomodan rebanadas de jitomate alternándolas con la cebolla y la panela. Se le espolvorea el cilantro y los chiles finamente picados.
5. Se baña con una salsa vinagreta de soya que se prepara combinando el aceite, la soya, el limón y la pimienta.

Ensalada de nopales a la mexicana

Ingredientes.

- 1 Kg. de nopales picados y cocidos.
- ½ Kg. de ejotes picados y cocidos
- 3 jitomates rebanados
- 3 rábanos grandes rebanados
- 1 cebolla picada
- 2 chiles poblanos en rajas
- 1 manojó chico de cilantro bien lavado, desinfectado y finalmente lavado
- vinagreta
- queso panela rallado al gusto

Preparación.

1. Mezcle bien todos los ingredientes en un recipiente, agregue la vinagreta y adorne con queso rayado.

Ensalada mixta de nopales

Ingredientes

- 2 Kg. de nopales picados y cocidos
- 2 lechugas deshojadas, bien lavadas y desinfectadas
- 1 aguacate sin cáscara y cortados en tiras
- ½ Kg. de ejotes cocidos
- ½ taza de apio picado
- 6 cebollitas de cambray
- vinagreta

Preparación.

- Coloque los ingredientes en una ensaladera. Agregue la vinagreta y mezcle bien.

Ensalada fantasía

4 porciones

Tiempo de preparación: 20 minutos

Tiempo de cocción total: 20 minutos

Contiene por ración: 10 gramos de proteínas, 18 gramos de glucidos, 3 gramos de lípidos, 144 calorías.

Ingredientes

- 80 gramos de atún natural
- 200 gramos de tomates
- 40 gramos de maíz
- 150 gramos de champiñones
- 100 gramos de palmitos
- 150 gramos de papas
- 100 mililitros de vinagreta de verduras

Preparación de la guarnición

1. Hervir las papas con piel
2. Limpiar y lavar la lechuga
3. Cortar los tomates a rodajas finas
4. Cortar los palmitos y las papas a rodajas
5. Lavar y cortar a lonchas los champiñones

Preparación final de la crema

6. Disponer la ensalada en una ensaladera o bien en cuatro boles pequeños
7. Disponer las rodajas de tomate en forma de corona alrededor de la lechuga
8. Poner en círculo el resto de los ingredientes empezando por los champiñones, siguiendo con las papas y finalmente con el palmito
9. Poner en el centro el atún desmigajado
10. Cubrir con la salsa
11. Esparcir el maíz sobre la ensalada

PLATILLOS PRINCIPALES

Chayotes al horno

4 a 6 porciones

Contiene por ración: fibra y una cantidad mínima de grasa.

Ingredientes.

4 chayotes tiernos
1 tasa de queso cottage
½ cebolla finamente picada
1 cucharada de salsa inglesa
1 cucharada de salsa Maggi
pimienta al gusto

Preparación.

1. Ponga a cocer los chayotes en bastante agua. Cuando estén cocidos pélelos y rebánelos.
2. Combine la cebolla con el queso cottage, la salsa inglesa y la salsa Maggi. Agregue pimienta.
3. En un refractario ligeramente engrasado con margarina acomode una capa de chayotes y cubra con la mezcla de queso cottage. Repita hasta terminar con el queso y hornee durante veinte minutos.

Coliflor en salsa de queso

8 porciones

Contiene por ración: mucha fibra y muy poca grasa.

Ingredientes.

1 coliflor
¼ de yogurt natural (descremado de preferencia)
¾ de taza de queso cottage
¼ de cebolla
pimienta recién molida

Preparación.

1. Corte la coliflor en trocitos y póngala a remojar en agua durante quince minutos.
2. Mientras tanto muele la cebolla con el yogurt y el queso cottage en la licuadora, sazone con pimienta.
3. Ponga a cocer la coliflor hasta que este suave pero firme a la vez, media hora aproximadamente.
4. Coloque la coliflor la cocida en un refractario, cúbrala con el licuado de yogurt y sirva caliente metiendo el refractario al horno durante quince minutos.

Papas a la hortelana

4 porciones

Ingredientes:

- 1 Kg. de papas
- 500 g de alcachofas
- 300 g de guisantes
- 1 cebolla
- 1 pimiento rojo
- 4 dientes de ajo
- 1/2 cucharadita de pimentón dulce
- 4 cucharadas de aceite de oliva

Preparación:

1. Pelar, lavar y trocear las patatas.
2. Preparar las alcachofas eliminándoles el tallo y las hojas exteriores y cortarlas en láminas. Picar finamente la cebolla, los ajos y el pimiento.
3. Sofreír utilizando la mínima cantidad de aceite, la cebolla y el pimiento y en el momento que comience a dorarse la cebolla, añadir las patatas y remover durante unos minutos.
4. Después añadir el resto de ingredientes manteniendo los alimentos a fuego lento de 10 a 15 minutos, añadir el pimentón y cocerlo todo al vapor o hervido con la mínima cantidad de agua.
5. Dejar cocer a fuego medio hasta que los ingredientes estén tiernos. No añadir sal de mesa.

Pollo en su jugo

8 porciones

Contiene por ración: proteínas y grasa.

Ingredientes.

- 8 piezas de pollo al gusto
- ¼ de cebolla
- 1 diente ajo
- ½ barra de margarina
- 2 hojitas de laurel
- 1 ramita de tomillo
- pimienta al gusto

Preparación.

1. Limpie el pollo, retírele la piel y sazone cada pieza con pimienta.
2. Derrita la mantequilla con la cebolla y el ajo machacado en una sartén y fría las piezas de pollo. Cuando estén de color dorado, escurra la grasa de la sartén, tírela y agregue agua hasta cubrir las. Deje cocer durante una hora a fuego regular, tapando la sartén.

Pollo sobre papas al ajillo

4 raciones

Contiene por ración: 194 calorías; 8,1g grasa; 0,8g de grasa saturada; 37mg de colesterol; 3,5g de fibra; 17,6g de proteína; 17,6g de hidratos de carbono; 1,040mg de sodio.

Ingredientes.

250 grs. de champiñones laminados
6 filetes de anchoa, lavados
2 tazas salsa de espagueti
1/2 kg. pechuga de pollo, asada, cortada en rebanadas
12 aceitunas negras
4 cucharaditas aceite de oliva
1/2 kg. papas hervidas y laminadas
2 cucharaditas de ajo majado
Pimienta al gusto

Preparación.

1. Coloque los champiñones y las anchoas (si las usa) en una olla grande. Saltee sobre fuego medio por 1 minuto, desmenuzando las anchoas. Añada la salsa de espagueti, el pollo y las aceitunas. Cocine por 5 minutos, moviendo una vez. Cubra y sepárela del fuego.
2. Caliente el aceite sobre fuego alto en una sartén de teflón. Añada las patatas y cocine, removiendo frecuentemente, por alrededor de 5 minutos o hasta que las patatas se doren. Añada el ajo; cocine por un minuto. Sazone la mezcla con la pimienta. Sirva las patatas con la mezcla del pollo por encima.

Filete de pescado al vino blanco

6 porciones

Contiene por ración: proteínas, fibra y una mínima cantidad de grasa.

Ingredientes.

¼ kilo de filete de pescado (robalo, mero o huachinango)
2 cucharadas de aceite de oliva
2 échalotes finamente picadas
1 cebolla chica picada
1 poro cortado en trozos
hierbas de olor (mejorana, tomillo, laurel)
½ kilo de champiñones frescos
4 jitomates grandes
1 taza de crema ligera
½ taza de vino blanco seco

Preparación.

1. Pida en la pescadería que le den las cabezas y los espinazos de su pescado al filetearlo, o compre medio kilo de cabezas y huesos de pescados a parte del filete. Pida que le corten el filete en rebanadas medianas no muy delgadas.
2. En una cacerola caliente el aceite de oliva y rehogue la cebolla y el poro con las cabezas y huesos de pescado. Cuando la verdura este bien marchita agregue una taza y media de agua, las hierbas de olor y deje hervir durante media hora retirando la espuma que se vaya formando en la superficie. Cuele el caldo de pescado con una coladera muy fina o un manta de cielo.

3. Sumerja los jitomates en agua hirviendo durante unos segundos, pélelos y córtelos en trocitos. Lave los champiñones, quítele los tallos y córtelos en rebanadas finas.

4. Engrase ligeramente un platón refractario y cubra el fondo con las échalotes picadas. Acomode los jitomates y los champiñones sobre las échalotas y espolvoree sal y pimienta. Coloque los filetes de pescado sobre la verdura y bañe con el vino blanco y el caldo pescado. Cubra el platón con papel de estaño y hornee durante media hora e intensidad media.

5. Acomode el pescado en el platón de servicio. Agregue la crema a la salsa que quedó en el refractario, caliente unos minutos y bañe el pescado con la salsa muy caliente.

Filete de pescado al horno

5 raciones.

Ingredientes.

5 filetes de pescado
1 cucharada sopera de perejil picado
1 cucharada sopera de margarina
1 cucharada sopera de harina
5 rodajas de limón

Preparación.

1. Engrase con la margarina un recipiente refractario de poca profundidad y vaya colocando los filetes de pescado. Cúbralos con harina cernida. Sobre cada filete ponga perejil y una rodaja de limón.

2. Cubra el recipiente con papel estaño y hornee a 190°C durante veinte minutos.

Pastelón de carne

8 raciones.

Contiene por ración: 492 calorías; 2,6g de grasa; 0,5g de grasa saturada; 51 mg de colesterol; 6,8 g de fibra; 25,9g de proteína; 94,2g de hidratos de carbono; 1.137mg de sodio.

Ingredientes.

2-1/2 Kg carne de res molida (con la mayor parte de la grasa extraída)
1 taza avena
½ taza cebolla picadita (puede ser seca)
½ taza perejil fresco picado
2 huevos
1 cucharadita de sal
1-1/2 tazas salsa de espagueti

Preparación.

1. Precaliente su horno a 150°. Engrase ligeramente dos moldes de 20x10 cm.

2. En una fuente, mezcle la carne, la avena, la cebolla, el perejil, los huevos, la sal y 1 taza de salsa de espagueti. Divida la mezcla entre los dos moldes, y amásela, dándole la forma de un pastelón. Esparza el resto de la salsa sobre los lomos de los dos pastelones con una brocha.

3. Hornee por 1 hora.

Albóndigas de soya

4 raciones

Ingredientes.

30 g de soya texturizada
2 cucharadas de arroz crudo
1/8 de cucharadita de comino
½ cucharadita de hierbabuena picada
1/3 de rebanada de pan
¼ de cucharada de cebolla
200 g de carne de res molida
1 huevo

Preparación.

1. Hidrate la soya texturizada durante quince minutos y exprímala. Lave le arroz y póngalo a hervir en una taza de agua durante diez minutos, escúrralo y guárdelo.
2. Mezcle la carne con la soya texturizada y el arroz.
3. Muela el comino con un poco de agua, la hierbabuena, el pan y la cebolla. Agréguelos a la carne mezclada con la soya.
4. forme pequeñas bolas y póngalas a cocer en la salsa, procurando que el recipiente esté tapado para evitar la evaporación.

POSTRES

Pastel de chocolate

10 porciones

Tiempo de preparación: 15 minutos

Tiempo de cocción: 5 minutos

Contiene por ración: 82 calorías; 1mg de colesterol; 7g de hidratos de carbono.

Ingredientes.

1 caja (30 gramos) de flan de chocolate dietético
1 copita de licor amaretto
½ litro de leche descremada
1 cucharadita de café instantáneo
50 gramos de chocolate dietético rallado (con 16,4% de glúcidos)
3 claras de huevo
1 cucharada de cacao amargo
200 gramos de queso blanco descremado

Preparación.

1. Colocar el contenido del paquete del flan en una cacerola, agregar la leche descremad, el cacao tamizado y cocinar a fuego moderado revolviendo continuamente hasta que llegue a punto de ebullición. Pasar a un recipiente y dejar entibiar.
2. Adicionar las claras batida, el licor amaretto, el café, el queso blanco y la mitad del chocolate rayado.
3. Verter la mezcla en un molde alargado para budín, llevar al refrigerador durante un mínimo de cuatro horas. Desmoldar, decorar con copetes de crema y salpicar el chocolate restante.

Pan con pasas y miel

10 porciones

Tiempo de preparación: 15 minutos

Tiempo de cocción: 35 minutos

Contiene por ración: 123 calorías, 0 mg de colesterol; 20 g de hidratos de carbono.

Ingredientes.

2 tazas de tazas de hojuelas de maíz sin azúcar
50 gramos de harina común
50 gramos de harina integral superfina
1½ cucharaditas de polvo para hornear
½ cucharadita de bicarbonato
2 cucharadas de aceite de maíz
2 claras de huevo
150 mililitros de agua jugo de fruta (naranja)
2 cucharadas de pasas de uva
2 cucharadas de miel
½ cucharadita de canela molida (opcional)

Preparación.

1. Procesar hasta reducir a polvo los copos de maíz, las harinas, el bicarbonato y el polvo para hornear. Luego pasar a un recipiente.
2. Batir el aceite con el agua o el jugo tibio, y añadir las claras, las pasas, la canela y la miel.
3. Unir las dos preparaciones mezclando con una cuchara de madera. Colocar todo en un molde para pan alargado, con la base forrada con papel manteca y lubricar con rocío vegetal.
4. Cocinar en horno moderado 35 minutos.
5. Dejar reposar durante 5 minutos, desmoldar y retirar el papel.

Espuma de limón

6 porciones

Contiene por ración: una pequeña cantidad de hidratos de carbono y un mínimo de grasa.

Ingredientes.

1 lata de leche Carnation light
½ taza de jugo de limón
raspadura de un limón
6 sobres de endulzante artificial ó ¼ de taza de azúcar de bajas calorías

Preparación.

1. Deje la lata de Carnation en el congelador durante un mínimo de cuatro horas. Cuando la leche esté casi congelada, bátala hasta que esponje al doble de su volumen como si fuera crema batida. Mientras la bata, agréguele poco a poco, casi gota a gota el jugo de limón, la raspadura y el azúcar.
2. Vierta en un platón hondo, refrigere durante quince minutos y sirva de inmediato.
3. Este postre no debe prepararse con mucha anticipación, ya que se separa la leche del jugo de limón.

Gelatina de manzana

8 porciones

Contiene por ración: fibra, una cantidad pequeña de hidratos de carbono y una porción insignificante de grasa.

Ingredientes.

- 2 sobres de gelatina Knox
- 3 tazas de jugo de manzana natural (sin azúcar adicional)
- ½ cucharadita de canela molida
- ½ cucharadita de nuez moscada
- 5 manzanas rebanadas sin pelar
- ¼ de barra de margarina

Preparación.

1. Ponga a hidratar la gelatina en ½ taza de agua fría.
2. En una cacerola combine el jugo de manzana, la canela, la nuez moscada y la gelatina y cocine a fuego suave hasta que se disuelva la gelatina. Agregue las manzanas y deje en la lumbre durante 30 minutos más hasta que las rebanadas de manzana estén suaves.
3. Retire del fuego y agregue la margarina meneando hasta que se derrita por completo.
4. Vierta en un platón de cristal o un molde y refrigere durante tres horas.

Tartaleta de queso y frutas

8 porciones

Contiene por ración: 157 calorías

Ingredientes para la base.

- ¾ de taza de harina
- 50 g de margarina vegetal
- Agua (por cucharadas) la necesaria

Ingredientes para el relleno.

- 1¾ de tazas de queso cottage
- ¾ de taza de yogurt natural
- Ralladura de la cáscara de limón
- 1 sobre de gelatina sin sabor
- ¼ de taza de agua
- 15 sobres de aspartame (canderel)
- Fruta: durazno, mago, fresa, naranja, uva (frutas de temporada).

Preparación de la base.

1. Mezcle con dos tenedores la harina con la margarina. Cuando tenga consistencia arenosa, agregue poco a poco el agua hasta formar una masa. Extienda y cubra un molde para pay. Pique con un tenedor la superficie y hornee a 190°C por veinticinco minutos. Saque y deje enfriar.

Preparación del relleno.

2. Mezcle la gelatina con el agua, espere dos minutos y ponga a baño María hasta que se licue. Mezcle con todos los ingredientes (yogurt, cottage, rayadura y 13 sobres de aspartame) en la licuadora. Vacía sobre la base hasta que cuaje. Para decorar rebane el durazno (o la fruta que elija) en gajos delgados, coloque el primero alrededor de la tartaleta y el segundo en el centro, a manera de rehilete.

APÉNDICE 14

RELAJACIÓN

Sesión Num.: _____

Tempo total: _____

Fecha: _____

Nombre	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Autoreporte
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Observaciones:

APÉNDICE 15

ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN PROFUNDA

Posición corporal: recostado boca arriba (posición supina), sobre el diván, con el cuerpo totalmente extendido y los brazos a lo largo y cerca de él. Ojos cerrados.

- Iniciemos poniéndose cómodo, afloje cualquier prenda de vestir que le apriete o incomode.
- *Tomar signos vitales y anotarlos en la hoja de registro.*
- Esta recostado boca arriba a todo lo largo de su cuerpo, ponga la cabeza alineada a su cuerpo. Las piernas deben estar juntas con los talones casi tocándose. Sus brazos quedan sueltos a lo largo de su cuerpo y cerca de él.

Silencio (10 segundos)

- Bien, ahora vamos a aprender la técnica de respiración profunda o abdominal. Cierre los ojos.

Silencio (10 segundos)

- Enfoque su atención en su tronco o tórax, piense en él como si estuviera dividido en tres partes separadas: la parte inferior o abdomen, la parte media o costillas y la parte superior o pecho. Naturalmente esta división no existe, pero si utiliza esta representación podrá aprender mejor la técnica completa de la respiración profunda.

Silencio (10 segundos)

- Coloque su mano derecha sobre su abdomen y manténgala ahí.
- Bien, iniciemos inhalando aire sólo por la nariz, lenta y deliberadamente, permitiendo que los músculos abdominales se extiendan como si se extendieran (*si es necesario dar el ejemplo de la forma en como respira un bebe*); sostenga el aire (5 segundos). Ahora suelte, lenta y gradualmente ese aire y note como su abdomen se contrae, se hunde. Bien, muy bien (*se repite en dos ocasiones más*).
- *Para facilitar este movimiento abdominal, el terapeuta presiona fuertemente sobre la región de costillas y pecho impidiendo el movimiento de estos músculos.*

Silencio (5 segundos)

- Bien, ahora inhalamos aire solo por la nariz, lenta y deliberadamente, permitiendo que los músculos abdominales se extiendan; seguimos inhalando y ahora son las costillas las que se extienden. Sostenga el aire (5 segundos). Bien, muy bien (*se repite en dos ocasiones más*).

Silencio (5 segundos)

- Coloque su manos izquierda en el pecho y la derecha continua en el abdomen, esto es para que note la diferencia de los tres movimientos del tórax, durante la inhalación del aire.

- Bien, ahora vuelva a inhalar aire sólo por la nariz, lenta y deliberadamente: los músculos abdominales se extienden, seguimos inhalando y ahora son las costillas las que se extienden, seguimos inhalando y ahora es el pecho el que se extiende. Retenga el aire (5 segundos). Bien, muy bien, Suelta el aire, lenta y gradualmente. Bien, muy bien (se repite en dos ocasiones más).

Silencio (10 segundos)

- Bien, ahora practiquemos la retención del aire ¿listo?. Inhale por la nariz, a que se llene el abdomen, continuamos jalando aire y ahora son las costillas las que se extienden, el aire sigue entrando y se extiende el pecho. Retenga el aire (intente 10 segundos) y suelta a la cuenta de 10.
- *Para continuar pregunte a los pacientes si no existe alguna molestia o se siente fatigado (se repite en dos ocasiones más).*

Silencio (10 segundos)

- Bien, muy bien, ahora practiquemos el soltar el aire en le siguiente orden: pecho, costillas, abdomen, ¿listo?. Inhalamos, se llena el abdomen, las costillas y el pecho. Retenemos el aire (10 segundos). Ahora suelte el aire lenta y deliberadamente, vaciando primero el pecho, luego las costillas y por último la parte inferior o el abdomen (se repite en dos ocasiones más).

Silencio (10 segundos)

- Practiquemos lo aprendido. Ahora realizará 8 respiraciones profundas, ¿listo?.
- Esta es su primera respiración profunda, ¿listo?: inhale, abdomen, costillas, pecho. Retenga el aire (10 segundos), suelte el aire, lenta y gradualmente. El aire se va se aleja y con él toda su tensión.

Silencio (10 segundos)

- Esta es su segunda respiración profunda, ¿listo?: Inhale, abdomen, costillas, pecho, Retenga el aire (10 segundos), suelte el aire, lenta y gradualmente. Ahora su respiración es lenta, rítmica, armoniosa y suave.

Silencio (10 segundos)

- Esta es su tercera respiración profunda....
- *Continuar así hasta cumplir con las ocho respiraciones profundas.*
- *Dejar descansar a los pacientes 2 minutos, con respiración normal.*
- *Tomar signos vitales y anotar en la hoja de registro.*
- A la cuenta de 10 abrirá sus ojos pero no se mueva.
- Bien, ahora estírese completamente, como si acabara de despertar de un largo sueño.
- Incorpórese lentamente hasta que quede sentado.
- *Preguntar al paciente como se siente.*